การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

Development of a pharmaceutical care model for patients with type 2 diabetes mellitus through community participation in Mueang District, Lopburi Province.

(Received: March 29,2026 ; Revised: March 30,2026 ; Accepted: March 31,2026)

ธงชัย ทองบู่[1] เขมวิทย์ วงษ์เจริญสุข[1] กิตติยา วิเวก[1]
Thongchai Thongbu[1] Khemwit Wongcharoensuk[1] Kittiya Wiwek[1]

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ร่วมกับการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 2) พัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา โดยการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 42 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ จำนวน 60 คน และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 42 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Paired t-test และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า บริบทของพื้นที่ศึกษามีศักยภาพด้านเครือข่ายสุขภาพและทุนทางสังคมของชุมชนแต่ยังพบปัญหาสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยมีข้อจำกัดด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา การติดตามดูแลในครอบครัวและชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง และการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การให้ความรู้และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยา 2) ระบบการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง 3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ 4) การติดตามเชิงรุกในชุมชน ภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า กลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา PROMPT-QoL เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: การบริบาลทางเภสัชกรรม, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การมีส่วนร่วมของชุมชน, วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, คุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา

Abstract

This study employed Participatory Action Research (PAR) integrated with a mixed-methods approach. The objectives were to: 1) examine the context and existing problems of pharmaceutical care for patients with type 2 diabetes mellitus; 2) develop a community-participatory pharmaceutical care model; and 3) evaluate the effectiveness of the developed model in Mueang District, Lopburi Province. The study was conducted in three phases. Phase 1 explored the context and existing problems through focus group discussions with 42 stakeholders. Phase 2 involved the development of the model based on the Kemmis and McTaggart framework, which comprises four stages: planning, action, observation, and reflection. Phase

[1] โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (งานเภสัชกรรมปฐมภูมิและคุ้มครองผู้บริโภค)

3 evaluated the model among 60 patients with poorly controlled type 2 diabetes mellitus and 42 health network members and related stakeholders. Research instruments included a focus group discussion guide, a participation questionnaire, a medication knowledge questionnaire, a medication practice questionnaire, glycated hemoglobin (HbA1 c) results, and the Patient-Reported Outcome Measure of Pharmaceutical Therapy for Quality of Life (PROMPT-QoL). Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings indicated that the study area had strong potential in terms of health network capacity and community social capital. However, several key problems were identified, including patients' limited medication knowledge and inappropriate medication-use behaviors, insufficient continuity of follow-up care within families and communities, and a lack of systematic integration among network partners. The developed model consisted of four major components: 1) medication education and pharmaceutical literacy enhancement; 2) a continuous medication follow-up system; 3) family and community participation; and 4) proactive community-based follow-up. Following implementation of the model, statistically significant improvements were observed. Health network members and related stakeholders demonstrated significantly higher levels of participation ($p < .05$). Patients also showed significant improvements in medication knowledge ($p < .05$) and medication-use practices ($p < .05$), while HbA1c levels were significantly reduced ($p < .05$). In addition, PROMPT-QoL scores significantly improved after implementation of the model ($p < .05$).

Keywords: pharmaceutical care, type 2 diabetes mellitus, community participation, participatory action research, pharmaceutical therapy-related quality of life

บทนำ

การปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา ได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ จากการให้บริการเชิงรับในสถานพยาบาล ไปสู่การให้บริการเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ครอบครัว และชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความแออัดของโรงพยาบาล เพิ่มการเข้าถึงบริการ และเสริมสร้างศักยภาพการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน[1,2] การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนำไปสู่การพัฒนาระบบงานเภสัชกรรมปฐมภูมิ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลและปลอดภัยในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน[3]

การบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical care) เป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีที่สุดจากการใช้ยา โดยเภสัชกรมีบทบาทสำคัญในการประเมิน ป้องกัน และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug-related problems)[4] ซึ่งในบริบทของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) และยุทธศาสตร์หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า โดยมุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่[5] อย่างไรก็ตาม จากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าหลายพื้นที่ยังขาดแคลนเภสัชกรในระดับปฐมภูมิ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านเภสัชกรรมยังไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนด และอาจกระทบต่อความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชนรวมไปถึงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสามารถดำเนินงานได้อย่างยั่งยืน[5]

องค์การอนามัยโลกได้รายงานว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases: NCDs) เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลกจำนวน 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยในจำนวนนี้มี

ผู้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30–69 ปี) ถึง 15 ล้านคน และกว่าร้อยละ 77 เกิดขึ้นในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง [6] สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตหลัก ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน โรคมะเร็ง 9.3 ล้านคน โรคระบบทางเดินหายใจ 4.1 ล้านคน และโรคเบาหวาน 1.5 ล้านคนต่อปี[6] สำหรับประเทศไทย พบว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน ซึ่งมีผู้ป่วยในระบบทะเบียนมากกว่า 3.3 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานจำนวน 16,388 คน คิดเป็นอัตราการตาย 25.1 ต่อแสนประชากร [7] นอกจากนี้ ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากโรคเบาหวานยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยประมาณ 3,128 บาทต่อคนต่อปี ซึ่งสะท้อนถึงภาระทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ[7] ในระดับพื้นที่เครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 13,725 คน โดยมีผู้ป่วยที่ได้รับการติดตามต่อเนื่องเพียง 6,266 คน (ร้อยละ 45.65) และในกลุ่มนี้มีเพียงร้อยละ 33.75 ที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ขณะที่ร้อยละ 66.25 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาด้านประสิทธิภาพของระบบการดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิ

นอกจากนี้ ยังพบปัญหาการใช้ยาไม่เหมาะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เช่น การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Polypharmacy) การลืมรับประทานยา และการใช้ยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ โดยมีรายงานพบผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสมจำนวน 38 ราย และมีการใช้ยาเหลือจำนวน 57 รายในพื้นที่ศึกษา ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคไต โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดสมอง[8,9] แนวทางสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรคเรื้อรังและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ[10] โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชนจะช่วยเสริมแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาและการดูแลตนเองได้ดีขึ้น อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่พัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทของประเทศไทยยังมีจำกัด โดยเฉพาะในระดับหน่วยบริการปฐมภูมิ

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในอำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ สามารถนำไปใช้ได้จริง และเกิดความยั่งยืนในระบบสุขภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการบริบาลทางเภสัชกรรม สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) โดยใช้รูปแบบการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสานวิธี (Mixed Methods Research)ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart[11] ร่วมกับแนวคิดการบริบาลทางเภสัชกรรม (Pharmaceutical Care) เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเพียงอย่างเดียวแต่เกี่ยวข้องกับความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา การสนับสนุนจากครอบครัว ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในชุมชน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการดูแลตนเอง การติดตามการใช้ยาและการดูแลต่อเนื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และชุมชน รวมถึงการเยี่ยมบ้านตามบริบทของพื้นที่ โดยประเมินผลจากการเปลี่ยนแปลงด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วย ทั้งนี้คาดว่าหลังการนำรูปแบบไปใช้ จะช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องมากขึ้นและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น กระบวนการศึกษาวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหา (Context)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ จำนวน 60 คน ได้มาจากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทั้ง 7 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก คือ (1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (2) เป็นผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนด (3) ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (4) มีภูมิลำเนาและอาศัยอยู่ในอำเภอเมืองลพบุรี (5) สามารถอ่านออก เขียนได้ และสื่อสารภาษาไทยได้ (6) ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด บทบาทในเครือข่ายสุขภาพ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานหรือมีบทบาทด้านสุขภาพ และประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นแบบสอบถามชนิดมาตรประมาณค่า (Rating Scale) ตามแนวคิดของลิเคิร์ท (Likert Scale) [12] จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ยตามแนวคิดของ Best [13] แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด อาการแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และสถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน เป็นแบบทดสอบความรู้ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–10 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Criterion-referenced) ตามแนวคิดของ Bloom[14] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน เป็นแบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0–15 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยรวมใช้วิธีอิงเกณฑ์ (Criterion-referenced) ตามแนวคิดของ Bloom[14] แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึง ปฏิบัติได้ถูกต้อง

คะแนนร้อยละ 60.00–79.99 หมายถึง ปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง

คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 หมายถึง ปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ชุดที่ 4 เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ ผลการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หรือ HbA1c ซึ่งใช้เป็นตัวชี้วัดผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ชุดที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL)[15] เป็นแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) จำนวน 43 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่าแบบลิเคิร์ท 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือก่อนนำไปใช้จริง เพื่อให้มั่นใจว่าเครื่องมือมีความเหมาะสม ครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา มีความชัดเจนในการสื่อความหมาย และสามารถวัดตัวแปรได้อย่างถูกต้องและเชื่อถือได้ โดยตรวจสอบทั้ง ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และ ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ในขั้นตอนการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัย การดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการใช้ยา ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถามในด้านความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจนของถ้อยคำ และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยใช้วิธีการหาค่า ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ผลการประเมินพบว่า ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1.00 แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดีมาก ผู้วิจัยจึงนำข้อเสนอแนะจาก

ผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงถ้อยคำและรูปแบบการเรียงลำดับข้อคำถามให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้จริง

หลังจากนั้น ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน ในพื้นที่ อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี เพื่อประเมินความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยเลือกใช้สถิติให้เหมาะสมกับลักษณะของข้อคำถามแต่ละประเภท กล่าวคือ เครื่องมือที่เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) ใช้วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนเครื่องมือที่เป็นข้อคำถามแบบให้คะแนน 0–1 ใช้วิเคราะห์ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์คูเดอร์–ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ซึ่งเหมาะสมกับแบบวัดชนิดสองค่าผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น พบว่า แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ มีค่า Cronbach's alpha = 0.80 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน มีค่า KR-20 = 0.84 แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน มีค่า KR-20 = 0.82 แบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) มีค่า Cronbach's alpha = 0.89 ค่าความเชื่อมั่นดังกล่าวสะท้อนว่าเครื่องมือทุกฉบับมีความสม่ำเสมอภายในอยู่ในระดับดีถึงดีมาก และสามารถนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยได้อย่างเหมาะสม สำหรับข้อมูลตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ (Biomarkers) ได้แก่ ค่า HbA1c ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของสถานพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลมาตรฐานทางคลินิกที่มีความน่าเชื่อถือและสามารถสะท้อนผลลัพธ์ด้านการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการวิจัย จำนวน 5 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน แบบสอบถามการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน เครื่องมือตรวจวัดตัวบ่งชี้ทางชีวภาพ ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ และกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมปฐมภูมิและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ทั้ง 7 แห่ง สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ อสม. และผู้นำชุมชน ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การเข้าร่วมโดยสมัครใจ การถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และการเก็บข้อมูลเป็นความลับ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามเครื่องมือที่กำหนด และเก็บข้อมูลผลตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) จากเวชระเบียนหรือฐานข้อมูลบริการของหน่วยบริการตามช่วงเวลาที่กำหนดก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ เมื่อเก็บข้อมูลครบถ้วนแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานและระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c และระดับคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)

ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. เปรียบเทียบผลก่อนและหลังการดำเนินรูปแบบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาโดยใช้สถิติ Paired t-test

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยใช้วิธีการจับประเด็น จัดกลุ่มข้อมูลหมวดหมู่ของข้อมูล วิเคราะห์ความเชื่อมโยงระหว่างกลุ่มข้อมูล และวิเคราะห์สรุปประเด็น (Thematically Analysis)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรีนี้ ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช รหัสโครงการวิจัย KNH63/2567 วันที่รับรอง 17 ธันวาคม 2567

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 บริบทและสภาพปัญหา (Context)

ผลการศึกษาระยะที่ 1 จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 42 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.3 อายุ 41–50 ปี ร้อยละ 52.4 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 54.8 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 52.4 เป็นบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 35.7 โดยมีระยะเวลาการปฏิบัติงาน 6–10 ปี ร้อยละ 40.5 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 50.0

ผลการวิเคราะห์บริบทพบว่า พื้นที่ศึกษามีลักษณะเป็นระบบบริการสุขภาพแบบเครือข่าย โดยมีโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราชเป็นหน่วยบริการแม่ข่าย เชื่อมโยงกับหน่วยบริการปฐมภูมิ 7 แห่ง และเครือข่ายหลายภาคส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทั้งเภสัชกร เจ้าหน้าที่งานเภสัชกรรมปฐมภูมิและคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช บุคลากรสาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน ครอบครัว และผู้ป่วย สะท้อนถึงศักยภาพของระบบบริการและทุนทางสังคมของชุมชนในการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1) ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดด้านความรู้และพฤติกรรมการใช้ยา โดยพบว่าผู้ป่วยบางส่วนยังไม่เข้าใจวิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ และขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

2) การติดตามดูแลในครอบครัวและชุมชนยังไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากครอบครัวและผู้ดูแลบางส่วนยังขาดบทบาทในการกำกับดูแลการใช้ยาและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วย

3) การดำเนินงานของภาคีเครือข่ายยังขาดการบูรณาการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการประสานข้อมูล การติดตามร่วม และการเชื่อมโยงบทบาทระหว่างหน่วยบริการกับชุมชน

ในด้านข้อเสนอแนะ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นสอดคล้องกันว่าควรพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บูรณาการบทบาทของเครือข่ายสุขภาพและชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้เรื่องยา การติดตามการใช้ยาเชิงรุก และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้

ผลการศึกษาระยะที่ 2 เป็นการพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล ดังนี้

ขั้นการวางแผน (Plan) ผู้วิจัยและภาคีเครือข่ายสุขภาพได้นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาร่วมกันวิเคราะห์และออกแบบรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยกำหนดกิจกรรมสำคัญ 4 กิจกรรม ได้แก่ (1) การให้ความรู้เรื่องการใช้ยาและการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (2) การติดตามการใช้ยาและการนัดหมายอย่างต่อเนื่อง (3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. และชุมชน และ (4) การเยี่ยมบ้านหรือการติดตามผู้ป่วยในชุมชนตามบริบทของพื้นที่ จากนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้รับการประเมินความเหมาะสมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และได้รับการปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

ขั้นการปฏิบัติ (Action) ได้มีการนำรูปแบบไปทดลองใช้ในพื้นที่ศึกษา โดยดำเนินกิจกรรมตามแผนที่กำหนดร่วมกับเครือข่ายสุขภาพและชุมชน พบว่า การดำเนินกิจกรรมสามารถบูรณาการบทบาทของภาคีเครือข่ายได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะบทบาทของเภสัชกรในการให้คำแนะนำเรื่องยา และบทบาทของครอบครัวและ อสม. ในการติดตามพฤติกรรมการใช้ยาในชีวิตประจำวัน

ขั้นการสังเกต (Observing) พบว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีขึ้น การติดตามดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีความชัดเจนมากขึ้น ขณะเดียวกันยังพบประเด็นปัญหาและอุปสรรคบางประการ เช่น ความไม่ต่อเนื่องในการติดตามผู้ป่วยบางราย และข้อจำกัดด้านเวลาและภาระงานของบุคลากร

ขั้นการสะท้อนผล (Reflecting) ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ร่วมกันทบทวนผลการดำเนินงานผ่านการประชุมและการสนทนากลุ่ม พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในด้านการบูรณาการการทำงานของเครือข่ายสุขภาพและชุมชน การเพิ่มบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้มีการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น

ผลจากกระบวนการดังกล่าวนำไปสู่การสังเคราะห์เป็นรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) การให้ความรู้และเสริมสร้างความรอบรู้ด้านยา (2) ระบบการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (3) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และ (4) การติดตามเชิงรุกในชุมชน โดยมีเครื่องมือสนับสนุน ได้แก่ คู่มือการดำเนินงาน แผนกิจกรรม เอกสารให้ความรู้ แบบบันทึกการติดตามการใช้ยา และแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทของพื้นที่ศึกษา

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินรูปแบบมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.2 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานสูงขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.3 การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับการ

ปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานได้ถูกต้องกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.4 ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1c ลดลงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.5 คุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังใช้รูปแบบ พบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับคุณภาพชีวิตการใช้ยา PROMPT-QoL สูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี และประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการวิจัยพบว่า หลังการใช้รูปแบบกลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาและการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาดีขึ้น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง และคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมที่ออกแบบให้เชื่อมโยงการดูแลในคลินิกกับการติดตามต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน สามารถส่งผลลัพธ์ได้ทั้งในมิติพฤติกรรม ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บริบทและสภาพปัญหา (Context) พบว่าปัญหาสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ไม่ได้เกิดจากการเข้าถึงยาเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากข้อจำกัดด้านความรู้เรื่องยา การใช้ยาไม่สม่ำเสมอ การติดตามต่อเนื่องที่ยังไม่เข้มแข็ง และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนที่ยังไม่เป็นระบบ ผลดังกล่าวสะท้อนการบริบาลทางเภสัชกรรมที่มุ่งจัดการ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา (Drug-related problems) อย่างครอบคลุม ไม่ใช่เพียงการจ่ายยาและให้คำแนะนำเฉพาะหน้าเท่านั้น แต่รวมถึงการประเมินความเสี่ยงด้านการใช้ยา การสนับสนุนการใช้ยาอย่างถูกต้อง และการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในชีวิตจริงของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ[16] ที่พบว่า Pharmacist interventions ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปรับปรุงการควบคุม HbA1c การยึดมั่นการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกอื่น ๆ ได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อการแทรกแซงของเภสัชกรครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การติดตาม และการแก้ไขปัญหาการใช้ยาอย่างเป็นระบบ

2. การพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ทำให้รูปแบบที่ได้มีความสอดคล้องกับบริบทจริงของพื้นที่ และเกิดการบูรณาการบทบาทของเภสัชกร บุคลากรปฐมภูมิ ครอบครัว อสม. และชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม จุดแข็งของรูปแบบนี้อยู่ที่การเปลี่ยนบทบาทของเภสัชกรจากผู้ให้คำแนะนำในหน่วยบริการ ไปสู่ ผู้ประสานการดูแลและติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Pharmaceutical care ในระดับปฐมภูมิและชุมชน โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องการการติดตามระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao และคณะ[17] ที่พบว่าคลินิกดูแลผู้ป่วยเบาหวานแบบ Physician–pharmacist collaborative clinics ในระบบปฐมภูมิ ช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิตและประสิทธิผลของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างชัดเจน

3. รูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการมีส่วน

ร่วมของชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดลพบุรี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.1 หลังการใช้รูปแบบ กลุ่มเครือข่ายสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีระดับการมีส่วนร่วมสูงขึ้น แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถทำให้ Pharmaceutical care กลายเป็น ระบบการดูแลร่วม (Shared care) มากกว่าการดูแลโดยบุคลากรวิชาชีพเพียงฝ่ายเดียว การที่ครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนเข้ามามีบทบาทในการติดตามผู้ป่วยและสนับสนุนการใช้ยาในชีวิตประจำวัน ช่วยให้การดูแลมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทจริงมากขึ้น ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและทรัพยากรบุคลากร ทั้งนี้ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Lum และคณะ[18] ที่พบว่าการบูรณาการเภสัชกรชุมชนเข้ากับทีมดูแลผู้ป่วยเบาหวานช่วยเพิ่มประสิทธิผลของการดูแล ทั้งด้าน Glycemic control ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีภาวะใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน

3.2 ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวานสูงขึ้นหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งอธิบายได้ว่าการให้ความรู้เรื่องยาที่ออกแบบตามหลักการบริบาลทางเภสัชกรรม มีความจำเพาะต่อปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย และไม่หยุดเพียงการสอนครั้งเดียว แต่มีการติดตาม ทบทวน และเชื่อมโยงกับการใช้ยาในชีวิตจริง ทำให้ผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของยา วิธีใช้ยาอย่างถูกต้อง และข้อควรระวังได้ดีขึ้น ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Badi และคณะ[19] ซึ่งพบว่าการให้ความรู้โดย Clinical pharmacist ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถเพิ่ม Medication adherence และช่วยยกระดับความเข้าใจต่อการรักษาได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อการให้ความรู้มีลักษณะต่อเนื่องและมีการติดตามผลหลังการให้คำปรึกษา

3.3 ผู้ป่วยมีระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ที่มีความสำคัญมากกว่าความรู้เพียงอย่างเดียว เนื่องจากในบริบทของโรคเบาหวาน การรู้วิธีใช้ยาไม่ได้หมายความว่าผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้จริงเสมอไป การที่คะแนนการปฏิบัติเพิ่มขึ้นสะท้อนว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเปลี่ยน ความรู้ ไปสู่ พฤติกรรมการใช้ยา ได้จริง โดยอาศัยการติดตามอย่างต่อเนื่อง การสนับสนุนจากครอบครัวและ อสม. และการเยี่ยมบ้านตามบริบทพื้นที่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly และคณะ[20] ที่พบว่า Pharmacist counseling มีความสัมพันธ์กับการเพิ่ม Medication adherence และ Quality of life อย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะเมื่อการให้คำปรึกษามีความต่อเนื่อง มีโครงสร้างชัดเจน และเชื่อมโยงกับบริบทการดูแลจริงของผู้ป่วย

3.4 ผลการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ของผู้ป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้รูปแบบ ซึ่งถือเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญและเป็นตัวสะท้อนประสิทธิผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมได้อย่างชัดเจน เนื่องจากแสดงให้เห็นว่า Intervention ที่พัฒนาขึ้นไม่ได้ส่งผลเฉพาะต่อความรู้หรือพฤติกรรม แต่สามารถนำไปสู่การควบคุมโรคได้จริงในระดับชีวภาพ การลดลงของ HbA1c ในการศึกษาครั้งนี้น่าจะเกิดจากหลายกลไกร่วมกัน ได้แก่ การประเมินและแก้ไขปัญหาการใช้ยา การให้คำแนะนำเฉพาะราย การติดตามต่อเนื่อง และการมีผู้สนับสนุนรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งล้วนเป็นองค์ประกอบหลักของ Pharmaceutical care ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Coutureau และคณะ[21] ที่พบว่า Pharmacist-led interventions ในระบบปฐมภูมิสามารถช่วยลดระดับ HbA1c ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้อย่างมีนัยสำคัญ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang และคณะ[16] ที่ยืนยันผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน

3.5 ผู้ป่วยมีคะแนนคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยา (PROMPT-QoL) สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังการใช้รูปแบบ แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นไม่ได้ส่งผลเพียงต่อตัวเลขทางคลินิก แต่ยังส่งผลต่อประสบการณ์ของผู้ป่วยต่อการรักษาด้วยยาด้วย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการบริบาลทางเภสัชกรรมสมัยใหม่ที่เน้น Patient-centered care การที่ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาดีขึ้นอาจสะท้อนถึงการลดภาระจากการใช้ยา ความเข้าใจต่อยาและโรคที่เพิ่มขึ้น ความมั่นใจในการใช้ยาและการรับรู้ว่าตนเองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิดจากทีมสุขภาพและชุมชน ผลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiao และคณะ[17] และ Lum และคณะ[18] ที่พบว่ารูปแบบ Collaborative pharmaceutical care ช่วยเพิ่ม Quality of life ของผู้ป่วยเบาหวานได้จริง นอกจากนี้ยังสอดคล้องเชิงแนวคิดกับการศึกษาของ Sakthong และคณะ[22] ที่แสดงให้เห็นว่า PROMPT เป็นเครื่องมือที่ไวต่อการเปลี่ยนแปลงจาก Pharmacist-led pharmaceutical care และเหมาะสำหรับการประเมินผลลัพธ์ด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา และยังเชื่อมโยงกับงานของ AlOsaimi และคณะ[23] ที่สนับสนุนการใช้ PROMPT-QoL ในการสะท้อนประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาระยะยาว

เมื่อพิจารณาโดยรวมผลการวิจัยครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการบริบาลทางเภสัชกรรมที่มีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ไม่ควรถูกจำกัดอยู่เพียงการให้คำแนะนำเรื่องยาในคลินิก แต่ควรเป็นระบบการดูแลแบบต่อเนื่องที่ครอบคลุมการประเมินปัญหาการใช้ยา การให้ความรู้เฉพาะราย การติดตามเชิงรุก การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพในระดับปฐมภูมิ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยครั้งนี้จึงถือเป็นตัวอย่างของการแปลงแนวคิด Pharmaceutical care ไปสู่การปฏิบัติจริงในระบบบริการสุขภาพชุมชนของไทยได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีศักยภาพต่อการขยายผลในพื้นที่อื่นที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมากและทรัพยากรบุคลากรจำกัด

ข้อเสนอแนะ

1.ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ระดับหน่วยบริการและการปฏิบัติงาน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาลแม่ข่ายควรนำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เนื่องจากผลการวิจัยแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมการใช้ยาดีขึ้น ควบคู่กับการปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกและคุณภาพชีวิตด้านการใช้ยาได้อย่างเป็นรูปธรรม

1.2 ระดับบทบาทของเภสัชกร ควรส่งเสริมบทบาทของเภสัชกรในระบบบริการปฐมภูมิให้มีลักษณะเชิงรุกมากขึ้น โดยขยายบทบาทจากการจ่ายยาและให้คำแนะนำเฉพาะหน้า ไปสู่การทำหน้าที่เป็นผู้ประเมินปัญหาการใช้ยา ผู้ให้คำปรึกษาเฉพาะราย ผู้ติดตามความร่วมมือในการใช้ยา และผู้ประสานการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ ครอบครัวและชุมชน

1.3 ระดับการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ควรส่งเสริมให้ครอบครัว อสม. และผู้นำชุมชนมีบทบาทในการเป็นเครือข่ายสนับสนุนการใช้ยา ของผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะในด้านการช่วยกำกับการรับประทานยา การเตือนการนัดหมาย การติดตามปัญหาจากการใช้ยา และการสังเกตพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยในชีวิตประจำวัน

1.4 ระดับนโยบายและการขยายผล หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลแม่ข่าย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรีและเครือข่ายบริการปฐมภูมิ ควรพิจารณานำรูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมแบบมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่อื่น โดยเฉพาะในบริบทที่มีผู้ป่วย

โรคเบาหวานจำนวนมาก และมีข้อจำกัดด้านบุคลากรวิชาชีพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การขยายตัวแปรและผลลัพธ์ที่ศึกษา ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของการบริบาลทางเภสัชกรรม เช่น ความรอบรู้ด้านยา (Medication literacy) ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence) ความพึงพอใจต่อบริการ การเกิดปัญหาจากการใช้ยา (Drug-related problems) การใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (polypharmacy) และอัตราการกลับมารับบริการซ้ำหรือการนอนโรงพยาบาล

2.2 การวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ควรมีการศึกษาต่อยอดในมิติด้านเศรษฐศาสตร์สุขภาพ เช่น การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผล (Cost-effectiveness analysis) การวิเคราะห์ต้นทุน-ประโยชน์ (Cost-benefit analysis) หรือต้นทุนต่อการลด HbA1c หรือการเพิ่มคุณภาพชีวิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรทรัพยากรในระบบบริการสุขภาพ

2.3 การศึกษาความเหมาะสมในบริบทที่แตกต่าง ควรมีการศึกษาการประยุกต์ใช้รูปแบบนี้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทแตกต่างจากพื้นที่ศึกษาเดิม เช่น พื้นที่ชนบท พื้นที่กึ่งเมือง พื้นที่ชายแดน หรือพื้นที่ที่มีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากร เพื่อทดสอบความเหมาะสม ความยืดหยุ่น และความสามารถในการขยายผลของรูปแบบในบริบทที่หลากหลาย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.(2550). แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2550.
2. กองบริหารการสาธารณสุข.(2566). แนวทางการดำเนินงานระบบสุขภาพปฐมภูมิ. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
3. คณะทำงานพัฒนาระบบเภสัชกรรมปฐมภูมิ.(2553). คู่มือเภสัชกรรมปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
4. Hepler CD, Strand LM.(1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47(3):533–43.
5. กองบริหารการสาธารณสุข.(2566). แนวทางการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
6. World Health Organization.(2021). Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2021.
7. กรมควบคุมโรค.(2565). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
8. Health Systems Research Institute.(2017). Rational drug use in chronic diseases. Bangkok: HSRI; 2017.
9. ธนพงศ์ ภูผาลี และคณะ.(2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2561.
10. อุ่นใจ แซ่เจีย.(2563). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารสาธารณสุข. 2563.
11. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. (2014). The action research planner: Doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
12. Likert R.(1932). A technique for the measurement of attitudes. Arch Psychol. 1932;140:1-55.
13. Best JW.(1977). Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall; 1977.
14. Bloom BS.(1971). Mastery learning. In: Block JH, editor. Mastery learning: theory and practice. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1971. p. 47-63.
15. Phantipa Sakthong, Investigator. (2558) Development of the patient-reported outcome measure of pharmaceutical therapy: quality of life (PROMPT-QoL). [ม.ป.ท.]: Thailand Science Research and Innovation; 2558.

16. Zhang LR, Lin H, Wu W, Zhuang J, Huang L, Wang Y, et al.(2024). A meta-analysis of the impact of pharmacist interventions on clinical outcomes in patients with type-2 diabetes. Patient Educ Couns. 2024;120:108091.
17. Xiao J, Wu Y, Xu T, Zhu Y, Zhou Y, Li Y, et al.(2023), Analysis of patient medication compliance and quality of life of physician-pharmacist collaborative clinics for T2DM management in primary healthcare in China: a mixed-methods study. Front Pharmacol. 2023;14:1098207.
18. Lum ZK, Lee SWH, Lee JY, Koh YLE, Lim PS, Tan NC.(2022). Enhancing diabetes care with community pharmacist collaborative care: impact on glycaemic control, self-care and quality of life. Diabetes Res Clin Pract. 2022;184:109176.
19. Badi S, Suliman SZ, Almahdi R, Aldomah MA, Marzouq ME, Ibrahim EEM, et al.(2024). The impact of clinical pharmacist diabetes education on medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus: an interventional study from Khartoum, Sudan. J Pers Med. 2024;14(1):74.
20. Kelly WN, Ho M, Frech-Tamas F, Hines LE.(2023). Association of pharmacist counseling with medication adherence and quality of life: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. J Am Pharm Assoc (2003). 2023;63(4):1023-1033.e3.
21. Coutureau C, Slimano F, Mongaret C, Kanagaratnam L, Villeminot S, Barthélémy C, et al.(2022). Impact of pharmacists-led interventions in primary care for adults with type 2 diabetes on HbA1c levels: a systematic review and meta-analysis. Prim Care Diabetes. 2022;16(3):356-365.
22. Sakthong P, Chansatitporn N, Saengcharoen W, Chariyalertsak S, Pongcharoensuk P.(2024). Impact of pharmacist-led pharmaceutical care on health-related and pharmaceutical therapy-related quality of life in patients with heart failure: a randomized controlled trial. Res Social Adm Pharm. 2024;20(11):1058-1063.
23. AlOsaimi HM, Saad R, Alalyani TG, Al-Majnooni SS, Alsubaie KS, Aljuwaiser AA, et al.(2025). Patient reported outcome measures of pharmaceutical therapy for quality of life (PROMPT-QOL) among Saudi population: a real-world observational study. Pharm Pract (Granada). 2025;23(2):[article number].