

The Effects of Developing an Integrated Home Pharmaceutical Care system for Elderly Community-Dwelling Individuals with Type 2 Diabetes mellitus and Depression San Sai District, Chiang Mai Province¹

Napat Inthachak²

Received: 4 October 2024

Accepted: 20 December 2024

Abstract

This quasi-experimental research aims to 1) compare the level of depression in elderly patients with Type 2 diabetes and comorbid depression before and after receiving the integrated home-based pharmaceutical care; 2) compare plasma glucose levels between the experimental and control groups of elderly patients with Type 2 diabetes and comorbid depression in the community. The sample consisted of 24 elderly outpatients diagnosed with Type 2 diabetes and comorbid depression at San Sai Hospital, Chiang Mai Province. The sample was divided into experimental and control groups, each consisting of 12 participants. Data collection tools included the 9Q Depression Assessment Questionnaire, an adherence assessment for antidepressant medications in patients with mental health conditions, a medication adherence questionnaire for diabetes and comorbid conditions from San Sai Hospital, and a plasma glucose level recording form. Data were analyzed using descriptive statistics, compare the equality of two independent population groups with a test of the mean, and analyze the comparison of the means between two groups of samples, both independent and dependent.

The research findings revealed that elderly patients with type 2 diabetes and comorbid depression, after receiving integrated home pharmaceutical care. The experimental group demonstrated a statistically significant reduction in depression severity and plasma glucose levels compared to the control group ($p < 0.05$). ($t = 6.76$ and 2.21 respectively)

Keywords: Elderly patients with type 2 diabetes, Depression, Integrated home pharmaceutical care system

¹ Academic Article

² Pharmacist, Pharmaceutical care Department, Sansai Hospital, E-mail : nintha4289 @gmail.com

ผลของการพัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุ โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่¹

ณภัทร อินทจักร²

บทคัดย่อ

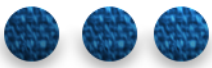
การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ก่อนและหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ 2) เพื่อเปรียบเทียบระดับกลูโคสในพลาสมาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ถูกวินิจฉัยร่วมกับโรคซึมเศร้าที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9Q แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานและโรคร่วมของโรงพยาบาลสันทราย และแบบบันทึกผลระดับกลูโคสในพลาสมา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน และไม่เป็นอิสระจากกัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้า หลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า และค่าระดับกลูโคสในพลาสมาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 6.76$ และ 2.21 ตามลำดับ)

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคซึมเศร้า ระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ

¹ บทความวิชาการ

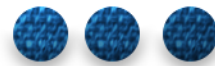
² เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลสันทราย อีเมล nintha4289@gmail.com



บทนำ

แนวโน้มประชากรโลกมุ่งเข้าสู่สังคมสูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Age Society) จากข้อมูลขององค์การสหประชาชาติ ปี ค.ศ. 2017 ประชากรโลกที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป จำนวน 962 ล้านคน และคาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2050 จะมีประชากรโลกผู้สูงอายุถึงกว่า 2.1 พันล้านคน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี ค.ศ. 2017 ถึงกว่าร้อยละ 116.20 ถือเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุที่โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงวัยมากขึ้น (UNWPP, 2017) ซึ่งประเทศไทย ณ สิ้นปี พ.ศ.2565 มีผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 12,658,210 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด 66,090,475 คน (กองกิจการผู้สูงอายุ, 2565) การที่สังคมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นนี้ ส่งผลต่อการดูแลในหลายๆ ด้าน โดยเฉพาะสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุมักมีอัตราการเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 72.30 ทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงมากขึ้น (วลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ, 2552) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุไว้ใน Provisional agenda item ในปี พ.ศ. 2554 ว่าในปี พ.ศ. 2573 โรคซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุหลักของภาระโรคที่ต้องพึ่งพิง และจากฐานข้อมูลกลางกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2556 ผู้ป่วยนอกโรคซึมเศร้ามีจำนวน 4,295 ราย และในปี 2559 - 2560 มีจำนวนเพิ่มขึ้น 58,592 ราย และ 259,476 รายตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบข้อมูลในผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีอัตราเสี่ยงที่จะเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุปกติร้อยละ 20 (ปิตติคุณ เสดตะปุระ และ ณัฐธกุล ไชยสงคราม, 2564) โดยเฉพาะโรคเบาหวานมีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนา โรคทั้งสองนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วย

โรคซึมเศร้ามักมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคต โดยผู้ป่วยซึมเศร้ามักมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 60.00 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ใช่โรค ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้านั้นจะขาดการใส่ใจในด้านสุขภาพของตนเอง บางรายกินอาหารได้น้อย บางรายกินมากเกินไปและไม่ควบคุมอาหาร ขาดการออกกำลังกาย อีกทั้งยังรักษาโรคซึมเศร้าบางชนิดมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับน้ำตาลในเลือด ทำให้ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ ในทางกลับกันผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นร้อยละ 20.00-30.00 ทั้งนี้สาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้จากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานที่ยาวนาน เพื่อนำความรู้สึกไร้ค่า เกิดภาวะที่ต้องพึ่งพิงคนในครอบครัวและสังคมมากขึ้น ส่งผลในด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยลดลง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้ระดับกลูโคสในพลาสมาไม่ดี เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคที่มากขึ้น (ปาจารย์ศรมยุธา, 2564) หากผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจนสามารถลดภาวะซึมเศร้าวลงได้จะส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาดูแลตนเอง และสามารถควบคุมระดับกลูโคสในพลาสมา ลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ (ชลวิภา สุลักษณ์านุรักษ์ และคณะ, 2559) การดูแลผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามักมีการตั้งนี้ การช่วยเหลือด้านจิตใจเบื้องต้น (Supportive Care) การรักษาด้วยยา (Pharmacotherapy) การรักษาด้วยจิตบำบัด (Psychotherapy) การประเมินคลินิกต่อเนื่อง (Ongoing Clinical Assessment) การรักษาภาวะซึมเศร้าวรุนแรงหรือเป็นโรคซึมเศร้าที่ยากจัดการ (Treatments for severe depression)

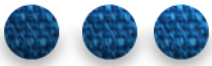


(สาวิตรี วิษณุโยธิน และ นชพร อธิธิวิศวกุล, 2553) ซึ่งการรักษาด้วยยานี้เป็นส่วนสำคัญในการบำบัดในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าและควรทำควบคู่กับการรักษาอาการทางจิตและสังคม หลักการดูแลจึงเน้นไปที่การปรับปรุงสภาพจิตใจ ส่งเสริมสุขภาพ และการเสริมสร้างทักษะในการจัดการสุขภาพ ซึ่งการให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กุศลสิน กัณหา และ นิศากร แก้วพิลา, 2558) มุ่งเน้นที่การเข้าใจตัวเองและเพิ่มแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่องได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในชุมชนได้ (เพชรธยา แป้นวงษา และ คณษ, 2563)

อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ พบสัดส่วนผู้สูงอายุร้อยละ 19.04 ของประชากรทั้งหมด (ข้อมูล HDC, 2566) และข้อมูลคัดกรองภาวะซึมเศร้าของโรงพยาบาลสันทราย ในปีงบประมาณ 2564 – 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 3,457 ราย 3,792 ราย และ 3,846 รายตามลำดับ พบว่ามีภาวะซึมเศร้า จำนวน 59 ราย 83 ราย และ 165 รายตามลำดับ ซึ่งในปีงบประมาณ 2565 พบผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และมีภาวะแทรกซ้อนฆ่าตัวตายสำเร็จ จำนวน 2 ราย จากสาเหตุดังกล่าวพบว่า การเข้าถึงระบบบริการเภสัชกรรมยังไม่มีครอบคลุม เมื่อทบทวนการใช้ยาในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ พบว่าส่วนใหญ่มีการใช้ยาอย่างน้อย 5 รายการ (polypharmacy) ซึ่งเป็นยาที่ได้รับจากโรงพยาบาลสันทราย และโรงพยาบาลอื่น

ที่ส่งต่อไปรับการรักษาภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะเบาหวานขึ้นตา โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และบางส่วนซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งเป็นปัญหาการใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate medication use) เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหาทางเภสัชบำบัด (Drug Therapy problems) รวมถึงการไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence) หรือเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) นำไปสู่การรักษาที่ไม่ได้ประสิทธิผล (ชนกฤต มงคลชัยภักดิ์, 2557)

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบบริการทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน เพื่อให้ได้รับการบริการเภสัชกรรมที่ครอบคลุมผู้ป่วยการเข้าถึงยาที่เหมาะสม มีการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและใกล้ชิด โดยการใช้แนวคิด Five Interacting Dimensions of Adherence ของ WHO (Adult Medication, 2564) และค้นหาความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วย (Health Needs) วิเคราะห์ปัญหาทางเภสัชบำบัดให้สอดคล้องกับตัวผู้ป่วยเฉพาะรายแก้ไขปัญหาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งประยุกต์ทฤษฎีเสริมแรงจูงใจ มาใช้สร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยมีเป้าหมายให้เภสัชกรสามารถจัดการปัญหาทางเภสัชบำบัดที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนเฉพาะรายบุคคลได้อย่างเหมาะสม ถูกต้องปลอดภัยร่วมกับทีมสหวิชาชีพได้

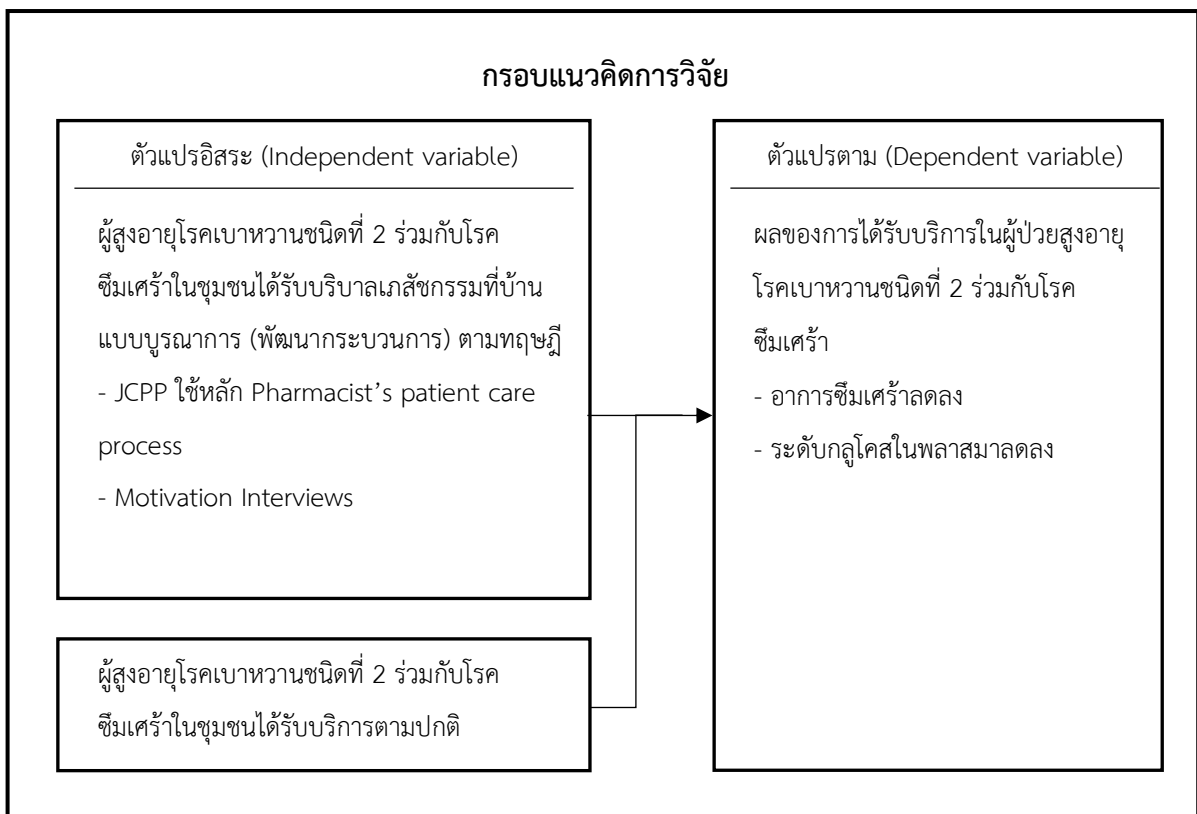


วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับกลูโคสในพลาสมาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังจากได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ (กลุ่มทดลอง) ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนมีภาวะซึมเศร้ามลดลง เมื่อเทียบกับก่อนได้รับการบริหาร
2. ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนในกลุ่มทดลองสามารถควบคุมระดับกลูโคสในพลาสมาได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two Group Pretest-Posttest Design) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่

10 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 10 พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น



โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับเป็นโรคซึมเศร้า ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสันทราย อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 ถึงวันที่ 10 พฤษภาคม 2567

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับเป็นโรคซึมเศร้า โดยแพทย์จากโรงพยาบาลสันทราย คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power Version 3.1.9.7 กำหนดขนาดอิทธิพล 0.76 ค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 และอำนาจทดสอบ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลแบบ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 8 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลประมาณร้อยละ 50.00 การวิจัยครั้งนี้จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้าน จำนวน 3 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการบริการตามปกติ

เกณฑ์คัดเข้า ต้องเป็นผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป เพศชายหรือหญิงเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลสันทราย มีความสามารถในการสื่อสารด้านภาษาไทย ด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน ได้อย่างเข้าใจ สามารถประกอบชีวิตประจำวันด้วยตนเองได้ และให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

เกณฑ์คัดออก ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ที่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานหรือมีอาการทางจิตระดับรุนแรง

เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

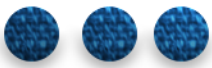
1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ น้ำหนัก BMI สิทธิการรักษา

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลาที่เป็นโรคซึมเศร้า ภาวะโรคร่วม ข้อมูลด้านยา จำนวนยาที่ได้รับ

2. แบบประเมินอาการซึมเศร้า 9Q (พัฒนาเป็นภาษากลางโดย ธรณินทร์ กองสุข และคณะ (Kongsuk et al., 2010) ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มีเลย (คะแนน = 0) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 1) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 2) มีเกือบทุกวัน (คะแนน = 3) มีค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-27 คะแนน โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้ 0-6 คะแนน หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า 7-12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13-18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง มากกว่า 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

3. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาซึมเศร้า สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Psychiatric Medication Adherence Rating Scale: PMARS เป็นวัดระดับแบบสองตัวเลือก (ใช่-ไม่ใช่) จำนวน 10 ข้อคำถาม โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้ มากกว่าหรือเท่ากับ 8 หมายถึง



ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 หมายถึง ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน) (กรมสุขภาพจิต, 2562)

4. แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานและโรคร่วมของโรงพยาบาลสันทราย (SMAQ-1 คือ Sansai Medication Adherence Questionnaire -1) ทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยเลย (คะแนน = 1) มีบางวันไม่บ่อย (คะแนน = 2) มีค่อนข้างบ่อย (คะแนน = 3) มีเกือบทุกวัน (คะแนน = 4) ทุกวัน (คะแนน = 5) โดยแปลผลระดับคะแนน ดังนี้ น้อยกว่า 21 คะแนน หมายถึงไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา 22-24 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับน้อย 25-27 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลาง 28-31 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาในระดับดี มากกว่า 32 คะแนน หมายถึง ให้ความร่วมมือในการใช้ยาระดับดีมากโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน

5. แบบบันทึกผลระดับกลูโคสในพาสมา

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 Collect โดยรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลและการเยี่ยมผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 Assess ประเมินยาและวินิจฉัยปัญหาทางเภสัชบำบัด

ขั้นตอนที่ 3 Plan โดยการจัดทำ Care plan กำหนดเป้าหมายโดยลดอาการซึมเศร้า และควบคุมระดับกลูโคสในพาสมาได้

ขั้นตอนที่ 4 Implement โดยกระบวนการ SIMPLE

S : Simplify the Regimen
(การปรับแผนการรักษา)

I : Impart Knowledge
(การถ่ายทอดความรู้)

M : Modify Patient Beliefs and Human Behavior
(ปรับความเชื่อและพฤติกรรม)

P : Provide Communication and Trust
(การสื่อสารและสร้างความเชื่อ)

L : Leave the Bias
(ต้องไม่มีความลำเอียง หรือตามใจผู้ป่วยมากจนเกินไป มุ่งหาความสมดุล)

E : Evaluate Adherence
(ประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา)

ขั้นตอนที่ 5 Follow-up: Monitor & Evaluate โดยการติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง ร่วมกับแพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำกระบวนการของระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้า ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย อดีตเภสัชกรระดับเชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญสาขาทางจิตเวช คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 1 ท่าน และ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลสันทราย 1 ท่าน ผู้วิจัยได้รวบรวมความคิดเห็นของ



ผู้เชี่ยวชาญมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI = 0.95 ซึ่งค่าค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ยอมรับได้ คือ 0.80 ขึ้นไป (อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยาเบาหวานและโรคร่วมของโรงพยาบาลสันทราย (Sansai Medication Adherence Questionnaire 1: SMAQ-1) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ประจำคลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ และได้นำแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ป่วยที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Alpha-Coefficient Cronbach) เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ รวมถึงหนังสือ วารสารงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยในครั้งนี้
2. ผู้วิจัยขออนุมัติดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันทราย
3. ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
4. ผู้วิจัยประสานหัวหน้างานเภสัชกรรม หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้างานพยาบาลคลินิกจิตเวช หัวหน้างานศูนย์สุขภาพชุมชน แพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์

กระบวนการ และสอบถามความสมัครใจการทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยวิจัย

5. ผู้วิจัยนัดพบผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน และดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการลงเยี่ยมบ้าน ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษาวิจัย ระยะเวลา พร้อมทั้งชี้แจงการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย

6. นำข้อมูลข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

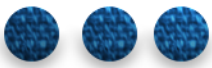
วิเคราะห์ค่าการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์เปรียบเทียบความเท่าเทียมของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติทดสอบค่าเฉลี่ยของประชากร 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (Fisher's exact test) วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน ด้วย Independent T-Test และวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน ด้วย Paired T-Test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เลขที่โครงการวิจัย CM 72/2566 รับรองวันที่ 7 พฤศจิกายน 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป : กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.30 มีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 41.70 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา



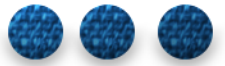
ร้อยละ 91.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.30 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 50.00 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 75.00 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 66.70 และเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 41.60 มีโรคร่วม 3-5 โรค ร้อยละ 83.40 และได้รับยาในการรักษา 5-10 รายการ ร้อยละ 58.30

กลุ่มควบคุม ทั้งหมดเป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 60-65 ปี ร้อยละ 50.00 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 75.00 ไม่ได้ทำงาน ร้อย

ละ 75.00 มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 66.70 ระยะเวลาการเป็นเบาหวานอยู่ในช่วง 11-15 ปี ร้อยละ 50.00 และเป็นโรคซึมเศร้าอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 50.00 มีโรคร่วม 3-5 โรค ร้อยละ 91.70 และได้รับยาในการรักษา 5-10 รายการ ร้อยละ 75.00 เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มโดยการทดสอบด้วยสถิติ ฟิชเชอร์ (Fisher's exact probability test) พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน รายละเอียดตามตารางที่ 1

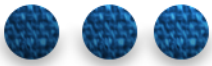
ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 12)	กลุ่มควบคุม (n = 12)	p-value
เพศ			0.478 ¹
ชาย	2 (16.7)	0 (0.0)	
หญิง	10 (83.3)	12 (100.0)	
อายุ (ปี)			0.663 ¹
60 - 65	4 (33.3)	6 (50.0)	
66 - 70	3 (25.0)	1 (8.3)	
> 70	5 (41.7)	5 (41.7)	
การศึกษา			0.385 ¹
ประถมศึกษา	11 (91.7)	8 (66.7)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (8.3)	2 (16.7)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	0 (0.0)	1 (8.3)	
อนุปริญญา	0 (0.0)	1 (8.3)	
สถานภาพสมรส			0.829 ¹
โสด	3 (25.0)	1 (8.3)	
สมรส	7 (58.3)	9 (75.0)	
ม่าย/หย่า/แยก	2 (16.7)	2 (16.7)	



ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24) (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 12)	กลุ่มควบคุม (n = 12)	p-value
อาชีพ			0.13 ¹
เกษตรกร	4 (33.30)	0 (0.00)	
รับจ้าง	2 (16.70)	3 (25.00)	
ไม่ได้ทำงาน /อื่น ๆ	6 (50.00)	9 (75.00)	
รายได้ต่อเดือน (บาท)			0.64 ¹
< 5,000	9 (75.00)	8 (66.70)	
ระหว่าง 5,001 - 10,000	3 (25.00)	2 (16.70)	
≥10,000	0 (0.00)	2 (16.70)	
น้ำหนัก (กิโลกรัม) (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	54.77 ± 6.86	59.39 ± 12.03	0.26 ²
BMI (ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	23.34 ± 3.07	25.80 ± 4.81	0.15 ²
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน (ปี)			0.86 ¹
1 - 5	1 (8.30)	2 (16.70)	
6 - 10	2 (16.70)	2 (16.70)	
11 - 15	8 (66.70)	6 (50.00)	
≥ 16	1 (8.30)	2 (16.70)	
ระยะเวลาที่เป็นซึมเศร้า (ปี)			1.00 ¹
1 - 5	5 (41.60)	6 (50.00)	
6 - 10	3 (25.00)	4 (33.40)	
11 - 15	2 (16.70)	1 (8.30)	
≥ 16	2 (16.70)	1 (8.30)	
จำนวนการวินิจฉัย (โรคที่เป็น)			
1 - 2	1 (8.30)	0 (0.00)	1.00 ¹
3 - 5	10 (83.40)	11 (91.70)	
≥6	1 (8.30)	1 (8.30)	



ตารางที่ 1 ลักษณะพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 24) (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n = 12)	กลุ่มควบคุม (n = 12)	p-value
จำนวนรายการยา (รายการ)			0.67 ¹
< 5	0 (0.0)	0 (0.00)	
5 – 10	7 (58.30)	9 (75.00)	
≥ 11	5 (41.70)	3 (25.00)	

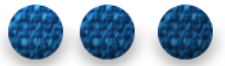
หมายเหตุ ¹Fisher's exact test, ²Independent T-test

2. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนและหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ พบว่า ผู้สูงอายุ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน กลุ่มทดลองหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ มีอาการซึมเศร้าในระดับที่น้อยมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ (n = 24)

ผลลัพธ์ค่า 9Q	จำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน (ร้อยละ)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	p-value	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	p-value
< 7 (ไม่มีอาการซึมเศร้า)	0 (0.00)	0 (0.00)	0.50	2 (16.70)	0 (0.00)	0.00*
7-12 (มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย)	0 (0.00)	1 (8.30)		8 (66.60)	1 (8.40)	
13-18 (มีอาการซึมเศร้าระดับปานกลาง)	4 (33.30)	6 (50.00)		2 (16.70)	4 (33.30)	



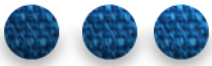
ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนประเมินภาวะซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการได้รับบริการเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ (n = 24) (ต่อ)

ผลลัพธ์ค่า 9Q	จำนวนผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน (ร้อยละ)					
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	p-value	กลุ่มทดลอง (n=12)	กลุ่มควบคุม (n=12)	p-value
> 18 (มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง)	3 (25.00)	3 (25.00)		0 (0.00)	4 (33.30)	
> 7 + 8Q (มีอาการซึมเศร้าและมีความคิดอยากตาย)	5 (41.70)	2 (16.70)		0 (0.00)	3 (25.00)	

หมายเหตุ Fisher's Exact test , * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินอาการซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนอำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับการบริการเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ มีค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินของอาการซึมเศร่าลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมิน 9Q เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินของอาการซึมเศร้าในกลุ่มทดลองที่ได้รับการบริการเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการลดลงมากกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) รายละเอียดตามตารางที่ 3



ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการประเมิน 9Q เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างหลังการทดลอง (n = 24)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		t-test	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนนประเมินอาการซึมเศร้า 9Q หลังการทดลอง (n = 12)	15.67	2.50	8.42	2.75	6.76	<0.00*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับกลูโคสในพลาสมาของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ร่วมกับโรค ซึมเศร้าในชุมชนกลุ่มทดลองหลังได้รับการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ มีค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < 0.05) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาของกลุ่มตัวอย่างหลังการได้รับบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการ (n = 24)

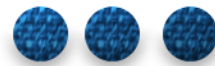
ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 12)		t-test	p-value
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คะแนนค่าเฉลี่ยระดับกลูโคสในพลาสมาหลังการทดลอง (n = 12)	137.08	32.65	134.45	33.45	2.21	0.04*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลของการพัฒนาระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2567

ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาการให้บริหารเภสัชกรรมในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน และจุดอ่อนของระบบการดูแลผู้ป่วยที่แยกส่วน ควรปรับปรุงจากการตั้งรับในการให้บริการเป็นเชิงรุกมากขึ้นโดยบูรณาการ



ในการดูแลที่เชื่อมโยงทั้งด้านกายและจิตใจของผู้ป่วยเพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การจัดการที่เชื่อมโยงกันระหว่างโรคทางกายและภาวะทางจิต โดยเภสัชกรผ่านการเยี่ยมบ้านบูรณาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้มีความเข้าใจและตั้งเป้าหมายการรักษาในทิศทางเดียวกัน ค้นหาปัญหาจากการรักษาด้วยยา (Drug Therapy- Problems) และความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน (Health needs) เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ รวมทั้งป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น การลดการสรรหายาผลิตภัณฑ์ที่ไม่จำเป็น หรืออาจจะส่งผลต่ออาการแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ต่อผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชนได้ การตั้งเป้าหมายร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพและผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน โดยการสื่อสาร ประสานความร่วมมือ และการบันทึกทางเภสัชกรรม ภายใต้การทำงานเป็นทีมทั้งทีมเภสัชกรเองและสหวิชาชีพ ในระดับโรงพยาบาลและศูนย์สุขภาพชุมชน จัดระบบการจัดการด้านบริหารเภสัชกรรมลงสู่ชุมชนสามารถวิเคราะห์ถึงปัจจัยความสำเร็จของการวิจัยได้ดังนี้

1. การจัดการปัญหาทางเภสัชบำบัดได้ช่วยให้ผู้ป่วยลดภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งควบคุมระดับกลูโคสในพลาสมาได้ดีขึ้น พร้อมทั้งได้รับยาอย่างเหมาะสม ปลอดภัย

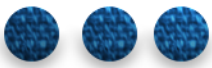
2. เกิดความร่วมมือของทีมนสหวิชาชีพ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับโรคซึมเศร้าในชุมชน และทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

4. เกิดการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพระหว่างโรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และองค์กรชุมชนช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีความต่อเนื่องและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทันทั่วถึง

5. ระบบการบริหารเภสัชกรรมที่บูรณาการทำให้การดูแลในชุมชนมีประสิทธิภาพและเน้นการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้าจากชุมชนในขั้นต้นได้

6. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการ พบว่าผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังทั้งทางกายร่วมกับทางจิต โดยการสร้างระบบการดูแลที่มีลักษณะบูรณาการที่ครอบคลุมทั้งภาวะทางกายและจิตใจ ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ในเชิงปฏิบัติการ สามารถทำได้โดยการฝึกอบรมทีมนสหวิชาชีพให้มีทักษะการสื่อสารและการทำงานร่วมกัน เพื่อการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและซึมเศร้าอย่างบูรณาการ โดยเน้นการเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามการรักษาและควบคุมโรคเสริมแรงจูงใจจากการใช้ทฤษฎี Motivation Interview เพิ่มการสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย



และการร่วมตัดสินใจในการรักษา (Patient-centered care) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าการรักษาเป็นส่วนหนึ่งที่ต้องรับผิดชอบร่วมกัน การสร้างเครือข่ายสุขภาพในชุมชนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง และการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอปรับปรุงการบริการและเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ ใช้ระยะเวลาในการศึกษาค่อนข้างสั้น ควรมีการศึกษาในระยะยาว เพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบการบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการต่อความยั่งยืนของผลลัพธ์และการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาวและการวิจัยนี้ใช้เครื่องมือประเมินระยะค่อนข้างสั้น ควรมีการติดตามและประเมินผลในระยะยาว เช่น การตรวจสอบค่า HbA1c มีการวัดระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของกระบวนการบริหารในระยะยาวต่อไป ควรมีการเปรียบเทียบรูปแบบการบริหารอื่น ๆ เช่น การให้คำปรึกษาก่อน – หลังพบแพทย์ ในคลินิกผู้ป่วยนอก หรือการใช้ Tele-pharmacy เพื่อตรวจสอบความแตกต่างและประสิทธิภาพด้านอื่น ๆ ด้วย

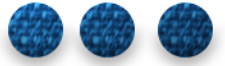
การนำไปขยายผลและการวิเคราะห์ต้นทุน ซึ่งการขยายกลุ่มทดลองอาจต้องปรับกระบวนการให้เหมาะสมและคุ้มค่าจริง ๆ การศึกษาความคุ้มค่าและต้นทุนในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยในการประเมินความเป็นไปได้ในการขยายการทดลองไปยังกลุ่มใหญ่ขึ้น อีกทั้ง ควรมีการ

ขยายการศึกษาวิจัยไปยังผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง หรือโรคหัวใจ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและประสิทธิภาพของระบบบริหารเภสัชกรรมที่บ้านแบบบูรณาการในกลุ่มโรคอื่น ด้วยเช่นกัน

การขยายการใช้ในบุคลากรทางการแพทย์นั้นควรพิจารณาการขยายการใช้แนวทางการบริหารนี้ให้กับทีมเภสัชกรและทีมสหวิชาชีพเครือข่ายชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย และ ควรมีการศึกษาถอดบทเรียนในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการทำงาน การรับรู้ของเภสัชกร ทีมสหวิชาชีพ และทีมเครือข่ายชุมชน เพื่อใช้ข้อมูลในการพัฒนารูปแบบการดูแลและขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ

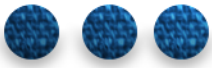
กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นพ.วรวิทย์ ไชว์ชรกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสนทราย ผู้อนุมัติและสนับสนุน โครงการ, ภก.สมพงษ์ คำสาร อดีตเภสัชกรเชี่ยวชาญ ที่ปรึกษาตลอดโครงการวิจัย, พญ.ชนกพร บัวชุม แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว, นพ.ปกป้อง เชื้อสุวรรณ แพทย์ที่ปรึกษาด้านงานจิตเวช ทีมเภสัชกร และทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างสูงที่ทำให้การสนับสนุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และคณาจารย์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รศ.ดร.ภญ.พัชร์วิภา สุวรรณพรหม และ ผศ.ดร.ภญ.เรวดี เจริญร่วมจิต ผู้ร่วมวิจัย อีกทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

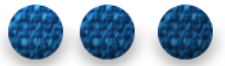


เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565*. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
<https://www.dop.go.th/th/know/15/926>.
- กุศลสิน กัณหา, และ นิศากร แก้วพิลา (2558). ผลการให้คำแนะนำแบบสร้างแรงจูงใจในผู้ป่วยซึมเศร้าที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. 9(1), 29-36
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขและชมรมเภสัชกรจิตเวช (2562). *คู่มือแนวทางการดำเนินงานการกระจายผู้ป่วยจิตเวชรับยาที่ร้านขายยา สำหรับสถาบัน / โรงพยาบาลจิตเวช ในสังกัดกรมสุขภาพจิตและโรงพยาบาลแม่ข่าย*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครราชสีมา: โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.
- จุลารักษ์ เทพกลาง. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 6(1), 70 – 77.
- ชลวิภา สุกข์ขณานุรักษ์, วิโรดม ใจสนุก, และ เบญจา มุกตพันธ์. (2559). ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและความเครียดกับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน ของโรงพยาบาลน้ำพองจังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 31(1), 34-46.
- ธนภุต มงคลชัยภักดี. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวาน ณ โรงพยาบาลตำรวจ* [วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). *ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่ 5. ยูเออนไอ อินเทอร์เน็ต.
- อาจารย์ ศรีมยุรา. (2564). การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าในผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 2 ในศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 4(1), 11-21.
- ปิติคุณ เสตะปุระ, และ ณัฐธกุล ไชยสงคราม. (2564). *ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในประเทศไทย*. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 16(3), 1070-1084.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. *แนวทางการระดับมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย ปี พ.ศ. 2563-2564*. *คลังความรู้สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต*, 1-2.
- วลัยพร นันทศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์, และพร้อมจิตร ท่อนบุญเหิม. (2552). *สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ*. *วารสารสมาคม*



- พยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 27(1), 27-32.
- สาวิตรี วิษณุโยธิน และ นชพร อธิธิวิศกุล. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 16(1), 5-22.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. บริษัทศรีเมืองการพิมพ์.
- อัญชกรณั คำสาร. (2566). การพัฒนาระบบงานเภสัชสนเทศเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพงานระบบยา โรงพยาบาลลำพูน ปี 2558-2562. วารสารคุ้มครองผู้บริโภคดีด้านสุขภาพ, 3(1), 4 – 19.
- Cipolle, R. J., Strand, L. M., Morley, P. C. (2012). *Pharmaceutical Care Practice: The Patient Centered Approach to Medication Management Service*. <https://accesspharmacy.mhmedical.com/book.aspx?bookID=491>.
- DiPiro J.T., Yee G.C., Posey L.M., Haines S.T., Nolin T.D., Ellingrod V., (2020). *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 11th Edition . New York. McGraw-Hill Education, 3570-3667.
- Karen Whalen, & Hardin H. C. (Eds.). (2018). *Medication Therapy Management: A Comprehensive Approach* (2nd ed.). McGraw-Hill Education. <https://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2319§ionid=180046276>.
- The American Society on Aging and the American Society of Consultant Pharmacists Foundation. Adult Medication: improving medication adherence in older adults. http://adultmedication.com/downloads/Adult_Medication.pdf.
- Joint Commission of Pharmacy Practitioners. *Pharmacist' Patient Care Process*. (2014). <https://jcphp.net/wp-content/uploads/2016/03/Patient-Care-Process-with-supporting-organizations.pdf>.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision*, DVD Edition



World Health Organization. (2003).

*Adherence to long-term
therapies: evidence for action.*

[http://www.who.int/chronic_conds/
itions/adherencereport/en/](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/).

World Health Organization. (2016). *Global*

Report on diabetes.

[http://www.who.int/newsroom
/fact-sheets/detail/diabetes.](http://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/diabetes)