บทความวิจัย

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังของบุคลากรสาธารณสุข

Factors Associated with Medication Adherence Promotion for Chronic Disease Patients among Public Healthcare Personnel

อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (Uraiwan Chaichanawirote)*
ยุวยงค์ จันทรวิจิตร (Yuwayong Juntarawijit)*
ชื่นจิตร กองแก้ว (Chuenjid Kongkaew)**
ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร (Pinhathai Supamethaporn)***
ณิชกานต์ ทรงไทย (Nichakan Songthai)****

Received: January 24, 2023
Revised: February 15, 2023
Accepted: June 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังของบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 76 คน เก็บข้อมูลด้วย แบบสอบถามการส่งเสริมความร่วมมือในรักษาด้วยยา และแบบสอบถามปัจจัยเงื่อนไข มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1.0 ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่า (α) เท่ากับ 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า

1. บุคลากรสาธารณสุขมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.07, S.D. = 0.62) โดยด้านการสื่อสารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$ = 3.19, S.D. = 0.65) มากที่สุด และด้านการประเมินความร่วมมือ ($\bar{X}$ = 2.98, S.D. = 0.58) น้อยที่สุด

****Corresponding author: Nichakarn Songthai; E-mail: nsongthai@gmail.com
*ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naersuan University)
**รองศาสตราจารย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Associate Professor, Faculty of Pharmaceutical Sciences, Naresuan University)
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)
****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

2. การอบรมที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านระบบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (rpb = .32, $p < .01$; $r = .33$, $p < .01$; $r = .36$, $p < .01$ และ $r = .27$, $p < .05$ ตามลำดับ)

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านระบบบริการ มีความสำคัญกับการส่งเสริมความร่วมการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ควรได้รับการอบรมความรู้และเทคนิคการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

คำสำคัญ: ปัจจัย, การส่งเสริม, ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา, โรคเรื้อรัง, บุคลากรสาธารณสุข

Abstract

The objective of this descriptive study was to examine factors associated with medication adherence promotion for chronic disease patients among public healthcare personnel. The sample consisted of 76 public healthcare personnel. Research instruments included the promotion of medication adherence questionnaires and the conditioning factor questionnaires. The questionnaires had content validity index of 1.0 and Cronbach's alpha coefficient of 0.97 and 0.95 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Point-biserial correlation and Pearson's product moment correlation statistics. The research results were as follows:

1. The sample had the overall medication adherence promotion at high level ($\overline{X}$= 3.07, S.D. = 0.62). The highest aspect was communication for effective treatment ($\overline{X}$= 3.19, S.D. = 0.65), and the lowest aspect was the assessment of medication adherence ($\overline{X}$ = 2.98, S.D. = 0.58).

2. Related training, patient factors, personnel factors, and service system factors significantly positive correlated with medication adherence promotion (rpb = .32, $p < .01$; $r = .33$, $p < .01$; $r = .36$, $p < .01$ และ $r = .27$, $p < .05$, respectively).

The results of this study showed that patient factors, personnel factors, and service system factors were important to medication adherence promotion. Public healthcare personnel working with chronic disease patients should be trained on knowledge and technique for medication adherence promotion.

Keywords: Factors, Promotion, Medication adherence, Chronic diseases, Public healthcare personnel

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเรื้อรังเป็นปัญหาที่คุกคามสุขภาพประชากรไทย การสำรวจความชุกของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังล่าสุดโดยกรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อพบว่ามีความชุกของผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 และโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นร้อยละ 29 ในช่วงเวลา 5 ปี (Division of Non-Communicable Diseases, 2520) ปัญหาของการเกิดโรคเรื้อรังมีความรุนแรงมากขึ้นโดยมีแนวโน้มของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลจากกองโรคไม่ติดต่อ (Division of Non Communicable Diseases, 2023) พบว่า ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง ในปี 2561 จำนวน 74,518 ราย คิดเป็นอัตราตาย 114 ต่อประชากรแสนคน และในปี 2564 เพิ่มขึ้นเป็น 83,536 รายหรืออัตราตาย 128 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดพิษณุโลกมีประชากรที่เสียชีวิตจากโรคเรื้อรัง 1456 ราย คิดเป็นอัตราตาย 168 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2561 และเพิ่มเป็น 1730 ราย คิดเป็นอัตรา 204 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2564 ทั้งนี้โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จำเป็นต้องมีการควบคุมโรคไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการกำเริบของโรคเป็นการลดความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วย การควบคุมโรคเรื้อรังทำได้โดยการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การทำกิจกรรมทางกาย การควบคุมอาหาร การลดการดื่มสุราและสูบบุหรี่ รวมทั้งการใช้ยาที่ใช้รักษาอย่างเหมาะสม

การควบคุมโรคเรื้อรังจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีผลการรักษาที่ดี เช่น อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน และจำนวนวันนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Curtis, Boye, Lage, & Garcia-Perez, 2017) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และเป็นพฤติกรรมมีความซับซ้อนต้องอาศัยความรับผิดชอบและความรอบรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเบเล่ย์ ออราเมชันวู และโวล์ฟ (Bailey, Oramasionwu, & Wolf, 2013) ได้เสนอแนวคิดความรอบรู้ในการจัดการตนเองด้านการใช้ยา ว่าบุคคลจะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเมื่อมีการจัดการตนเองด้านการใช้ยาได้ทั้ง 6 มิติ คือ การรับยา/การเติมยา (Fill/Refill) ความเข้าใจเกี่ยวกับยา (Understand) การบริหารจัดการยา (Organize) การใช้ยา (Take) การติดตามผลของการใช้ยา (Monitor) และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (Sustain) บุคลากรด้านสุขภาพจึงควรส่งเสริมผู้ป่วยให้มีความรอบรู้ในการจัดการตนเองด้านการใช้ยาตาม 6 มิติดังกล่าว

องค์การอนามัยโลก ระบุว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมาก เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยและเกี่ยวข้องกับการใช้ยาและเป็นผู้ที่ทำหน้าที่สั่งยา จ่ายยา จัดยา และจัดทำรายการยาให้ผู้ป่วย (World Health Organization, 2003) โดย ซูและคณะ พบว่า คุณภาพการบริการเกี่ยวกับยา หรือการประสานงานที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่มีการสั่งใช้ยาหลายชนิด (Hsu et al., 2014) นอกจากนี้ปัญหาการสื่อสารระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Rattine-Flaherty & Burton, 2021) บุคลากรทางการแพทย์ที่มีทักษะการสื่อสารดีส่งผลต่อความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย ช่วยให้เกิดสัมพันธภาพที่ไว้วางใจและรู้สึกได้รับความเห็นใจซึ่งทำให้ผู้ป่วยยอมเปิดเผยความจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาและมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากขึ้น (Brown, Bussell, Dutta, Davis, Strong, & Mathew, 2016) เช่นเดียวกับการวิจัยในประเทศไทย ที่พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ (Prommaloon, Wattanakitkrileart, Charoenkitkarn, & Peerapatdit, 2017) และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและแพทย์ (Uraisripong, Wattanakitkrileart, Charoenkitkarn, & Chuchottaworn, 2017) มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Gast & Mathes, 2019) พบว่า การวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษา

ด้วยยา ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านโรคและความเจ็บป่วย ด้านการรักษาของผู้ป่วย เช่น ระดับการศึกษา โรคร่วม เศรษฐานะ การได้รับยาหลายขนาน และระยะเวลาของการใช้ยา สำหรับงานวิจัยในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยในลักษณะเดียวกันและพบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยมีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาในการรักษาด้วยยา ความถี่ของอาการ ความรู้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ภาวะซึมเศร้า (Chuaichum & Jitpanya, 2013) การรับรู้ความจำเป็นต่อการใช้ยา ความกังวลจากการใช้ยา ผลข้างเคียงและระยะเวลาการรักษา (Khamrag, Wattanakitkrilert, Charoenkitkarn, & Dejsomritrutai, 2016) เป็นต้น ซึ่งการวิจัยดังกล่าวเป็นการศึกษาจากมุมมองของผู้ป่วย กล่าวคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเท่านั้น ไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในมุมมองของบุคลากรสาธารณสุข อย่างไรก็ตามการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีงานวิจัยที่มีการจัดกระทำในกลุ่มบุคลากรเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แต่การศึกษาปัจจัยเงื่อนไขของการส่งเสริมความร่วมมือยังมีจำกัด ซึ่งอาจทำให้การจัดกระทำที่ผ่านมาไม่ได้ขจัดสาเหตุของปัญหาอย่างแท้จริง โดยการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการให้ความรู้โดยเภสัชกรและพยาบาลวิชาชีพมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและความพึงพอใจของผู้ป่วย แต่การจัดกระทำโดยแพทย์ยังไม่แสดงผลที่มีนัยสำคัญต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย (Wilhelmsen & Eriksson, 2019) นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในบุคลากรสาธารณสุขมีน้อยและมีการศึกษานานมาแล้ว เช่น การวิจัยของมาร์กิสและคณะ (Marquis, Schneider, Spencer, Bugnon, & Pasquier, 2014) พบว่า ปัจจัยอุปสรรคของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของเภสัชกรได้แก่ ข้อจำกัดของการสื่อสารระหว่างบุคลากรและผู้ป่วย ปัญหาการทำงานร่วมกับแพทย์ ความยากลำบากในการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในองค์กร และเภสัชกรขาดแรงจูงใจในการส่งเสริมความร่วมมือ ส่วนการสืบค้นวรรณกรรมในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคต่าง ๆ แต่ไม่พบการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจกับปัจจัยที่อาจเป็นปัจจัยเกื้อหนุนหรือปัจจัยอุปสรรคของการทำงานด้านการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จะเป็นการค้นพบที่นำไปสู่การจัดกระทำที่เอื้อต่อการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของบุคลากรสาธารณสุขและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของบุคลากรสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ในการจัดการตนเองด้านการใช้ยาของ เบเล่ย์ (Bailey et al., 2013) ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจากผลการวิจัยเชิงคุณภาพในการวิจัยของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ ยุวยงค์ จันทรวิจิตร และ ณิชกานต์ ทรงไทย เรื่อง การศึกษาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระดับปฏิบัติการในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Chaichanawirote, Juntarawijit, & Songthai, 2023) โดยการส่งเสริมความร่วมมือประกอบด้วย 3 กระบวนการ ได้แก่ การประเมินความร่วมมือ การสื่อสารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการตัดสินใจทางคลินิก ในแต่ละกระบวนการจะส่งเสริมความร่วมมือในมิติต่าง ๆ ของความรอบรู้ด้านการใช้ยาใน 6 มิติ คือ การรับยา/การเติมยา ความเข้าใจเกี่ยวกับยา การบริหารจัดการยา การใช้ยา การติดตามผลของการใช้ยา และการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือใน 3 ด้านคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านระบบบริการ



วิธีดำเนินการวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาจากประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดพิษณุโลกและหน่วยบริการปฐมภูมิในความรับผิดชอบจำนวน 85 คน (Phisanulok provincial office, 2021) ซึ่งการปฏิบัติงานด้านการรักษาโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิในความรับผิดชอบเป็นการปฏิบัติงานที่ใช้แนวปฏิบัติเดียวกันจากคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmacy and Therapeutic Committee: PTC) ของโรงพยาบาลชุมชนแห่งนั้น

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ 1) เป็นบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดหน่วยงานราชการ และ 2) รับผิดชอบงานเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และมีเกณฑ์ในการคัดออก คือ 1) มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 1 ปี และ 2) ไม่ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการเก็บแบบสอบถามออนไลน์ซึ่งมีอัตราการสูญหายของข้อมูลสูง การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 76 คน คิดเป็นอัตราการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 11

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผลของการวิจัยเชิงคุณภาพจากการวิจัยเรื่อง การศึกษาระบบบริการสุขภาพด้านการรักษาผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับปฏิบัติการในมุมมองของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Chaichanawirote et al., 2023) ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไป จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย การได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

2) แบบสอบถามการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับวิธีการที่บุคลากรสาธารณสุขใช้ในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามกรอบแนวคิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาใน 6 มิติ (Bailey et al., 2013) แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Assessment 18 ข้อ) ด้านการสื่อสารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ (Communication 21 ข้อ) และด้านการตัดสินใจทางคลินิก (Clinical decision 10 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คำนวณคะแนนจากการรวมคะแนนรายข้อของด้านนั้นหารด้วยจำนวนข้อ แปลผลโดยแบ่งค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับได้แก่ 0 - 1.33 คะแนน หมายถึงมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อย 1.34 – 2.66 คะแนน หมายถึงมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาปานกลาง และ 2.67 – 4.00 คะแนน หมายถึงมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามาก

3) แบบสอบถามปัจจัยเงื่อนไขของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ป่วย (18 ข้อ) ปัจจัยด้านบุคลากรสาธารณสุข (13 ข้อ) และ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (18 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับแปลผลโดยแบ่งตามค่าเฉลี่ยเป็น 3 ระดับดังนี้ 0 – 1.67 คะแนน

หมายถึงปัจจัยนั้นมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความร่วมมือน้อย 1.68 – 3.34 คะแนน หมายถึงปัจจัยนั้นมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความร่วมมือปานกลาง และ 3.35 – 5 คะแนน หมายถึงปัจจัยนั้นมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความร่วมมือมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างไปตรวจสอบความตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการแพทย์ เภสัชศาสตร์ และการพยาบาล และได้ปรับแก้ไขเครื่องมือตามคำแนะนำและส่งเครื่องมือเพื่อตรวจสอบความตรงซ้ำอีกครั้ง พบว่าแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) = 1.0 จากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยง (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่า (α) ของแบบสอบถามการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเท่ากับ 0.97 และแบบสอบถามปัจจัยเงื่อนไขของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเท่ากับ 0.95

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์โปรแกรม Google form ที่ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศและการ ได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation) และทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเงื่อนไขกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ใบรับรอง 190/2020 วันที่ 21 กรกฎาคม 2563 โดยผู้วิจัยติดต่อกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านผู้ประสานงานซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแห่งหนึ่ง มีการอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้เข้าร่วมวิจัยอาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม แต่สามารถยกเลิกการให้ข้อมูลได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อสิทธิที่พึงมีแต่อย่างใด การรักษาความลับ และนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษรจากนั้นจึงส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังกลุ่มตัวอย่างต่อไป

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่วนที่ 3 ปัจจัยเงื่อนไขของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเงื่อนไข กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.7) อายุเฉลี่ยประมาณ 40 ปี ($\bar{X}$ = 39.92, S.D. = 11.11) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 86.8) มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเฉลี่ย 11 ปี ($\bar{X}$ = 11.13, S.D. = 9.15) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.3) ไม่เคยได้รับการอบรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มตัวอย่างเป็นนักวิชาการสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 35.5) รองลงมาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (ร้อยละ 25) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 76)

ข้อมูล		ความถี่	ร้อยละ
เพศ			
	หญิง	53	69.7
	ชาย	23	30.3
อายุ (ปี) (	$\bar{X}$ = 39.92, SD = 11.11)		
	21-30	21	27.6
	31-40	15	19.8
	41-50	26	34.2
	51-60	14	18.4
ระดับการศึกษา			
	อนุปริญญา	2	2.6
	ปริญญาตรี	66	86.8
	ปริญญาโท	8	10.6
ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (ปี) $\bar{X}$ = 11.13, SD = 9.15			
การอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา			
	เคย	15	19.7
	ไม่เคย	61	80.3
ตำแหน่ง			
	นักวิชาการสาธารณสุข	27	35.5
	พยาบาลวิชาชีพ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป	19	25.0
	เจ้าพนักงานสาธารณสุข	12	15.7
	พยาบาลวิชาชีพ	4	5.3
	เภสัชกร	4	5.3
	แพทย์แผนไทย	4	5.3
	แพทย์	2	2.6
	อื่น ๆ	4	5.3

ส่วนที่ 2 การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

บุคลากรสาธารณสุขมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน 6 มิติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.08, S.D. = 0.61) โดยมีด้านที่มากที่สุดคือ ด้านการสื่อสารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{X}$ = 3.22, S.D. = 0.61) รองลงมาคือ การตัดสินใจทางคลินิก ($\bar{X}$ = 3.06, S.D. = 0.68) และการประเมินความร่วมมือ ($\bar{X}$ = 3.01, S.D. = 0.54) รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (n=76)

การส่งเสริมความร่วมมือ	$\overline{x}$	*S.D.*	ระดับ
การประเมินความร่วมมือ	**2.95**	**0.89**	**มาก**
การรับยา/การเติมยา	3.21	0.65	มาก
ความเข้าใจเกี่ยวกับยา	2.91	0.65	มาก
การบริหารจัดการยา	2.87	0.66	มาก
การใช้ยา	3.23	0.74	มาก
การติดตามผลการใช้ยา	2.95	0.77	มาก
การใช้ยาต่อเนื่อง	3.09	0.84	มาก
การสื่อสารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ	**3.19**	**0.65**	**มาก**
การรับยา/การเติมยา	3.60	0.64	มาก
ความเข้าใจเกี่ยวกับยา	3.07	0.71	มาก
การบริหารจัดการยา	3.16	0.70	มาก
การใช้ยา	3.30	0.76	มาก
การติดตามผลการใช้ยา	3.07	0.83	มาก
การใช้ยาต่อเนื่อง	3.45	0.70	มาก
การตัดสินใจทางคลินิก	**3.03**	**0.72**	**มาก**
การรับยา/การเติมยา	2.84	0.97	มาก
ความเข้าใจเกี่ยวกับยา	3.22	0.76	มาก
การบริหารจัดการยา	2.93	0.86	มาก
การใช้ยา	2.93	0.81	มาก
การติดตามผลการใช้ยา	2.96	0.87	มาก
การใช้ยาต่อเนื่อง	2.95	0.89	มาก
โดยรวม	**3.07**	**0.36**	**มาก**

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเงื่อนไขของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของบุคลากรสาธารณสุข

การศึกษาความคิดเห็นของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับปัจจัยเงื่อนไขของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของบุคลากรสาธารณสุข แบ่งเป็น 3 ด้าน โดยพบว่าบุคลากรสาธารณสุขมีความเห็นว่าปัจจัยทั้ง 3 ด้านมีความสำคัญต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยด้านระบบบริการคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด ($\overline{x}$ = 4.26, S.D. = 0.76) และปัจจัยด้านผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{x}$ = 3.41, S.D. = 0.60) โดยแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยเงื่อนไขของการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (n=76)

ปัจจัยเงื่อนไขของการส่งเสริมความร่วมมือ	$\overline{X}$	*S.D.*	ระดับ
ศักยภาพในการดูแลตนเองด้านการใช้ยา	3.39	0.59	มาก
ปัจจัยด้านบุคลากรสาธารณสุข	**4.25**	**0.65**	**มาก**
ภาระงาน	3.88	0.81	มาก
สัมพันธภาพกับผู้ป่วย	4.32	0.67	มาก
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ยา และความร่วมมือ	4.31	0.68	มาก
ปัจจัยด้านระบบบริการ	**4.26**	**0.76**	**มาก**
กำลังคน	4.20	0.84	มาก
วิธีการจัดการ	4.24	0.70	มาก
งบประมาณ	4.40	0.82	มาก
วัสดุอุปกรณ์	4.34	0.81	มาก
เครื่องมือและเทคโนโลยี	4.21	0.86	มาก

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเงื่อนไขกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยเงื่อนไขด้านผู้ป่วย ด้านบุคลากร และด้านระบบกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่า การอบรมที่เกี่ยวข้องมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_{pb} = .32, p = < .01) ปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ เพศ (r_{pb} = -.2, p = .08) ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้อง (r = .06, p = .63) และอายุ (r = .15, p = .21) ไม่สัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไข พบว่า ปัจจัยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย (r = .33, p < .01) ปัจจัยด้านบุคลากร (r = .36, p < .01) และปัจจัยด้านระบบ (r = .26, p < .05) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเงื่อนไขกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของบุคลากรสาธารณสุข (n = 76)

ตัวแปร	ค่าความสัมพันธ์	ระดับนัยสำคัญ	ระดับความสัมพันธ์
เพศ	-.2	.08	น้อย
การอบรมที่เกี่ยวข้อง	.32	.006	ปานกลาง
ประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้อง	.06	.63	น้อย
อายุ	.15	.21	น้อย
ปัจจัยด้านผู้ป่วย	.33	.004	ปานกลาง
ปัจจัยด้านบุคลากร	.36	.002	ปานกลาง
ปัจจัยด้านระบบบริการ	.26	.02	น้อย

อภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังในทุกกระบวนการอยู่ในระดับมาก แต่การประเมินความร่วมมือมีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด เนื่องจากมีการประเมินการบริหารจัดการยาและความเข้าใจเกี่ยวกับยาน้อยกว่ามิติอื่น ซึ่งอธิบายได้ว่า การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีทั้งจากการประเมินทางตรง อาทิ ผลการรักษา และประเมินแบบทางอ้อมซึ่งเป็นวิธีที่ใช้กันอยู่เป็นประจำโดยการให้ผู้ป่วยรายงานการใช้ยาด้วยตนเอง ซึ่งเป็นวิธีมีผลการประเมินเกินจริงอยู่บ้าง (Lehmann et al., 2014) อย่างไรก็ตาม วิธีที่ดีที่สุดคือการประเมินด้วยหลาย ๆ วิธีซึ่งจะช่วยเพิ่มความตรงและความเที่ยงของการประเมิน ในการวิจัยครั้งนี้บุคลากรสาธารณสุขใช้วิธีการประเมินทางอ้อมด้วยการสอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีการที่ผู้ป่วยใช้ในการบริหารจัดการยาซึ่งเป็นการรายงานด้วยตนเองด้วยการสอบถามผู้ป่วยโดยตรง และการนับเม็ดยาเหลือใช้ร่วมกับการประเมินทางตรงจากผลการรักษาอาทิ การตรวจสอบระดับยาจากเลือด ปัสสาวะ หรือผลการรักษาเช่น HbA1c อย่างไรก็ตาม การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในการปฏิบัติจริงครอบคลุมความรอบรู้ด้านการใช้ยาทั้ง 6 มิติ ถึงแม้มีการปฏิบัติน้อยในมิติความเข้าใจเกี่ยวกับยา และการบริหารจัดการยาก็ตาม

สำหรับการสื่อสารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพพบว่า อยู่ในมากในทุกมิติ แต่มิติการสื่อสารที่ส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยา และมิติการสื่อสารที่ส่งเสริมการใช้ยาน้อยกว่ามิติอื่น เป็นที่น่าสังเกตว่าบุคลากรสาธารณสุขในการวิจัยนี้มีการสื่อสารมิติการใช้ยาอย่างต่อเนื่องมาก แสดงให้เห็นว่าบุคลากรสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการใช้ยาอย่างต่อเนื่องจึงสื่อสารย้ำเตือนกับผู้ป่วย แต่ยังให้ความสำคัญเกี่ยวกับความเข้าใจเกี่ยวกับยาน้อย ซึ่งอาจเกิดจากความเชื่อว่าการที่ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับยามากจะทำให้ผู้ป่วยกลัวผลข้างเคียงหรือผลสะสมของยาและนำไปสู่ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา บุคลากรที่มีความเชื่อนี้มักไม่เน้นย้ำการสื่อสารข้อมูลเกี่ยวกับยาให้ผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยที่ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับตัวยา จะมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาน้อย (Jose, Jimmy, Al-Mamari, Al-Hadrami, & Al-Zadjali, 2015)

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรสาธารณสุขมีการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมากในทุกมิติ แต่มีการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการรับยา/การเติมยา น้อยกว่ามิติอื่นๆ จะเห็นได้ว่ากระบวนการตัดสินใจทางคลินิก เป็นการตัดสินใจในกระบวนการรักษา เมื่อพบปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยบุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรักษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะต้องตัดสินใจปรับปรุงวิธีการในการจัดกระทำเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น การค้นหาสาเหตุของความไม่ร่วมมือ ปรับวิธีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ช่วยจัดหาอุปกรณ์ที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือที่ดีขึ้นทุกมิติ รวมทั้งการตัดสินใจส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าพบแพทย์ เภสัชกร นักโภชนากร พยาบาล ที่เหมาะสมกับปัญหา หรือส่งต่อเพื่อให้ได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน กรณีที่เป็นแพทย์จะมีการตัดสินใจปรับเปลี่ยนคำสั่งการรักษา เช่น ปรับวิธีการใช้ยา ผลการวิจัยเชิงคุณภาพแสดงถึงการที่บุคลากรสาธารณสุขตัดสินใจใช้การจัดกระทำหลายวิธีในการส่งเสริมความร่วมมือในมิติต่าง ๆ ซึ่งการตัดสินใจทางคลินิกนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยก่อนหน้าที่พบว่าการจัดกระทำหลายอย่างช่วยเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยการจัดกระทำที่นำไปใช้ได้ดีในทางคลินิกคือ การใช้ยาเม็ดชนิดผสม (Combination pills) การให้คำปรึกษาร่วม การแจ้งเตือนการกินยาด้วยโทรศัพท์ (Kini & Ho, 2018) และการแพทย์ทางไกล (Telehealth) (Zeng et al., 2022).

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ผู้ที่ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องจะมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามากกว่าผู้ที่ไม่ผ่านการอบรม เนื่องจากการได้รับการอบรมในหลักสูตรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาลเวชปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้น การอบรมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เวชศาสตร์ครอบครัวสำหรับแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และเภสัชกรรมครอบครัวและชุมชน ทำให้มีความรู้และทักษะในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาได้ดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่พบว่า พยาบาลที่ผ่านการอบรมสามารถทำให้ผู้ป่วยใช้อินซูลินได้ประสบความสำเร็จ (Byrne et al., 2022) และ บุคลากรด้านสุขภาพที่ผ่านการอบรมสามารถส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Onakomaiya et al., 2022) ทั้งนี้การวิจัยนี้ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ได้แก่ เพศ อายุ และประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้เพิ่มความสามารถในการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ปัจจัยเงื่อนไขที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านบุคลากร และปัจจัยด้านระบบ อธิบายได้ว่า การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3 ด้าน คือ ด้านการประเมินความร่วมมือ ด้านการสื่อสารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และด้านการตัดสินใจทางคลินิกเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นกระบวนการที่บุคลากรสาธารณสุขปฏิบัติโดยตรงต่อผู้ใช้บริการในการส่งเสริมความร่วมมือในมิติต่าง ๆ ของความรอบรู้ด้านการใช้ยาทำให้ปัจจัยด้านผู้ป่วยและปัจจัยด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของพยาบาลในการสอนผู้ป่วยเรื่องการใช้ยา พบว่า พยาบาลมีความมั่นใจน้อยในการสอนผู้ป่วยให้เข้าใจเกี่ยวตัวยาและการจัดการกับอาการข้างเคียง และพบว่าอุปสรรคด้านการสื่อสาร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาษาของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ท้าทายการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Bowen, Rotz, Patterson, & Sen, 2017)

แม้ว่าการวิจัยครั้งนี้จะพบว่าปัจจัยด้านระบบจะมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ แต่ก็มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ในลักษณะนี้มาก่อน แต่การวิจัยทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่า ปัจจัยในระดับบุคคล ปัจจัยบุคลากรด้านการดูแลสุขภาพและปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอินซูลิน (Byrne et al., 2022)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการประเมินความร่วมมือน้อยกว่ามิติอื่น โดยบุคลากรที่ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้องมีการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ดีกว่า รวมถึงปัจจัยด้านผู้ป่วย และด้านบุคลากรมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ดังนั้น บุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรได้รับการพัฒนาหรือฝึกอบรมให้

มีความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาผู้สำหรับป่วยโรคเรื้อรังทั้ง 6 มิติ โดยเฉพาะการประเมินความร่วมมือ การบริหารจัดการยา ความเข้าใจเกี่ยวกับยา และเทคนิคการสื่อสารเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยด้านผู้ป่วยและด้านบุคลากร

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของบุคลากร

2. ควรมีการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาแบบมีส่วนร่วมของบุคลากรสุขภาพและผู้ป่วยที่ครอบคลุมมิติการประเมินความร่วมมือ การสื่อสารเพื่อการรักษาที่มีประสิทธิภาพ และการตัดสินใจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรสาธารณสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

Bailey, S. C., Oramasionwu, C. U., & Wolf, M. S. (2013). Rethinking adherence: a health literacy-informed model of medication self-management. *Journal of Health Communication, 18 Suppl 1*(Suppl 1), 20–30.

Bowen, J. F., Rotz, M. E., Patterson, B. J., & Sen, S. (2017). Nurses' attitudes and behaviors on patient medication education. *Pharmacy Practice, 15*(2), 930. https://doi.org/10.18549/PharmPract.2017.02.930.

Brown, M. T., Bussell, J., Dutta, S., Davis, K., Strong, S., & Mathew, S. (2016). Medication adherence: Truth and consequences. *The American Journal of the Medical Sciences, 351*(4), 387–399.

Byrne, J., Willis, A., Dunkley, A., Fitzpatrick, C., Campbell, S., Sidhu, M. S., Choudhary, P., Davies, M. J., & Khunti, K. (2022). Individual, healthcare professional and system-level barriers and facilitators to initiation and adherence to injectable therapies for type 2 diabetes: A systematic review and meta-ethnography. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association, 39*(1), e14678. https://doi.org/10.1111/dme.14678.

Chaichanawirote U., Juntarawijit Y., & Songthai N. (2023). *The study of health service system pertaining to medication use for non-communicable chronic disease patients in practice level from the perspectives of health care providers and clients*. Health System Research Institute. Phitsanulok: Faculty of Nursing Naresuan University. [In Thai].

Chuaichum, C., & Jitpanya, C. (2014). Factors related to medication adherence in patients with epilepsy. *Princess of Naradhiwas University Journal, 6*(1). 36-47. [In Thai].

Curtis, S. E., Boye, K. S., Lage, M. J., & Garcia-Perez, L. E. (2017). Medication adherence and improved outcomes among patients with type 2 diabetes. *The American Journal of Managed Care, 23*(7), e208–e214.

Division of Non-communicable Diseases. (2023). *Statistics of non-communicable diseases.* Retrieved 14 April 2023 from http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020 [In Thai]

Division of Non-communicable Diseases. (2020). *Situation of non-communicable diseases report: Diabetes mellitus, hypertension and related risk factors*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design.

Gast, A., & Mathes, T. (2019). Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. *BMC Systematic Reviews, 8*, 112. https://doi.org/10.1186/s13643-019-1014-8.

Hsu, C., Lemon, J. M., Wong, E. S., Carson-Cheng, E., Perkins, M., Nordstrom, M. S., ... Bryson, C. L. (2014). Factors affecting medication adherence: Patient perspectives from five veteran affairs facilities. *BMC Health Services Research, 14*, 533. https://doi.org/10.1186/s12913- 014-0533-1.

Jose, J., Jimmy, B., Al-Mamari, M. N., Al-Hadrami, T. S., & Al-Zadjali, H. M. (2015). Knowledge, beliefs and behaviours regarding the adverse effects of medicines in an Omani population: Cross-sectional survey. *Sultan Qaboos University Medical Journal, 15*(2), e250–e256.

Khamrag, C., Wattanakitkrilert, D., Charoenkitkarn, V., & Dejsomritrutai, W. (2016). Influences of perceived medication necessity, medication concern, side effects, and treatment-time on inhaled corticosteroids adherence in adult patients with asthma. *Nursing Science Journal of Thailand, 34*(2), 73–82. [In Thai].

Kini, V., & Ho, P. M. (2018). Interventions to improve medication adherence: A review. *JAMA, 320*(23), 2461–2473. https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271.

Lehmann, A., Aslani, P., Ahmed, R., Celio, J., Gauchet, A., Bedouch, P., ... Schneider, M. P. (2014). Assessing medication adherence: Options to consider. *International Journal of Clinical Pharmacy, 36*(1), 55–69. https:// doi.org/10.1007/s11096-013-9865-x.

Marquis, J., Schneider, M. P., Spencer, B., Bugnon, O., & Du Pasquier, S. (2014). Exploring the implementation of a medication adherence programme by community pharmacists: A qualitative study. *International Journal of Clinical Pharmacy, 36*(5), 1014–1022. https://doi.org/10.1007/s11096-014-9989-7.

Onakomaiya, D., Cooper, C., Barber, A., Roberts, T., Gyamfi, J., Zanowiak, J., … Schoenthaler, A. (2022). Strategies to improve medication adherence and blood pressure among racial/ethnic minority populations: A scoping review of the literature from 2017 to 2021. *Current Hypertension Reports, 24*(12), 639–654. https://doi. org/10.1007/s11906-022-01224-2.

Phisanulok Provincial Office. (2021). *Information system*. Retrieved 20 January from www.plkhealth.go.th. [In Thai].

Prommaloon, S., Wattanakitkrileart, D., Charoenkitkarn, V., & Peerapatdit, T. (2017). Factors influencing insulin adherence in patients with type 2 diabetes. *Nursing Science Journal of Thailand, 35*(1), 61–71. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/90179. [In Thai].

Rattine-Flaherty, E., & Burton, S. (2021). The role of pharmacy personnel in promoting adherence to antiretroviral therapy in the Eastern Cape: Communication barriers and breakthroughs. *African Journal of AIDS Research : AJAR, 20*(2), 165–171. https://doi.org/10.2989/16085906.2021.1925310.

Uraisripong, K., Wattanakitkrileart, D., Charoenkitkarn, V., & Chuchottaworn, C. (2017). Factors influencing adherence to inhaled long acting bronchodilators with corticosteroid in patient with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Science Journal of Thailand, 35*(2), 86–99. Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/94212. [In Thai].

Wilhelmsen, N. C., & Eriksson, T. (2019). Medication adherence interventions and outcomes: An overview of systematic reviews. *European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice, 26*(4), 187–192. https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2018-001725.

World Health Organization. (2003) *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva.

Zeng, Z., Wu, T., Lv, M., Qian, J., Chen, M., Fang, Z., Jiang, S., & Zhang, J. (2022). Impact of mobile health and telehealth technology on medication adherence of stroke patients: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Clinical Pharmacy, 44*(1), 4–14. https://doi.org/10.1007/s11096-021-01351-x.