

ผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยา ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Effects of a Tele-pharmacy to Medication Compliance in Chronic Disease Patients Kutchap Hospital, Udonthani Province

วันชัย พันศรี*

Wanchai Phansri

Corresponding author: E-mail; wanchai.phansri@gmail.com

(Received: June 4, 2024; Revised: June 11, 2024; Accepted: July 11, 2024)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัว และความร่วมมือในการใช้ยารวม และเพื่อศึกษาความพึงพอใจในการใช้บริการเภสัชกรรมทางไกล

รูปแบบการวิจัย : การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง (One group pretest-posttest)

วัสดุและวิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุดจับ และ รพ.สต.ทุกแห่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จำนวน 100 ราย ดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนเมษายน 2567 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ แบบสอบถามความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวในการใช้ยา และความร่วมมือในการใช้ยาที่มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR20) เท่ากับ 0.75 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การปฏิบัติตัวและความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้สถิติ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย : (1) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวด้านยาเพิ่มขึ้นทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (2) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (3) ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้บริการเภสัชกรรมทางไกลเพิ่มขึ้น ($p < .001$) และค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยก่อนการวิจัยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 61.83 ± 28.92 เป็น 21.96 ± 7.96 ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายที่ลดลงเมื่อเทียบกับการต้องมารับบริการที่โรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

สรุปและข้อเสนอแนะ : ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลมีความเกี่ยวข้องกับสหวิชาชีพอื่นๆ ด้วย ดังนั้น ควรศึกษาเพิ่มเติมร่วมกันกับทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ โดยใช้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการให้บริการให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : บริการเภสัชกรรมทางไกล; ผู้ป่วยเบาหวาน; ความร่วมมือในการใช้ยา

* เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี

Abstract

Purpose : To compare the results before and after using the tele-pharmacy service program on knowledge, attitude and behavior and cooperation in the use of medicine, including satisfaction in using tele-pharmacy services.

Study design : This one group pretest-posttest quasi-experimental study.

Materials and Methods : A sample group of 100 patients in the area of responsibility of Kutchap Hospital and all Subdistrict Health Promoting Hospitals. The sample was selected by stratified random sampling from diabetic patients. Study between February, 2024 – April, 2024. The study tools were (1) a tele-pharmacy service program (2) a questionnaire regarding knowledge, attitudes and practices in using medicine. And cooperation in the use of medicine. Tools checked by experts content validity was checked using the consistency index method. Check difficulty the discriminatory power and reliability were checked by using cronbach's alpha coefficient and Kuder-Richardson correlation coefficient of 20 with reliability values of 0.82 and 0.75, respectively. Analyzed general information using descriptive statistics Compare the average scores of knowledges, attitude, behavior and cooperation in using medicine using Paired t-test statistics, significant level set at less than .05.

Main findings : The results of the study found that (1) patients' knowledge, attitude and drug practices had a significant increase in all aspects after the experiment ($p < .001$). (2) Patients had Cooperation in medication use after the trial was significantly higher than before the trial ($p < .001$). (3) Patients' satisfaction with tele-pharmacy services increased significantly ($p < .001$). And patient expenses before the research had an average cost of 61.83 ± 28.92 to 21.96 ± 7.96 . Patients had significantly lower expenses compared to having to receive services at the hospital ($p < .001$).

Conclusion and recommendations : The results of this study indicate that tele pharmacy services are related to other multidisciplinary fields. Therefore, further studies should be conducted in collaboration with other multidisciplinary teams, with the patient at center, to enhance the appropriateness of the service system.

Keywords : Tele-pharmacy; Patient with diabetic mellitus disease; Medication adherence

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทย ทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ พบว่า ประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71.0 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปี พ.ศ.2559 โรคที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงมาคือ โรคมะเร็ง 9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22.0 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9 และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4 ในประเทศไทยโรคไม่ติดต่อ² ที่สำคัญ ประกอบด้วยโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูงและโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการดูแลรักษาโรคเรื้อรังในกรณีที่ต้องใช้ยาพื้นฐานตามท้องฟ้าการอนามัยโลกกำหนดนั้น ในระดับอำเภอของประเทศไทย มีครบทุกอย่าง ถึงแม้ว่ายาหรือเทคโนโลยีบางชนิดจะยังไม่มีในระดับตำบล แต่ด้วยแนวทางการส่งต่อและการจัดบริการ ที่ครอบคลุมประชากรระดับอำเภอ จึงสามารถกล่าวได้ว่าประชาชนไทยสามารถเข้าถึงยา และเทคโนโลยีขั้นพื้นฐานได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีกระบวนการอื่นที่ช่วยเพิ่มการเข้าถึงการบริการที่ดีขึ้น คือ นโยบายการกระจายผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อติดตามการรักษาต่อที่หน่วยปฐมภูมิใกล้บ้าน เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มคุณภาพการบริการรักษา ประกอบกับนโยบายการดึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมด้านสุขภาพซึ่งทำให้มีการสนับสนุนด้านเทคโนโลยีพื้นฐานในระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น และจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในปี พ.ศ.2563 เป็นต้นมา ทำให้เกิดนวัตกรรมในการรักษาพยาบาลในผู้ป่วยเกิดขึ้นหลายอย่าง โดยหนึ่งในนั้นคือการรักษาพยาบาลด้วยระบบการแพทย์ทางไกล (Tele-medicine) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขที่จำเป็นได้แม้ไม่ได้เดินทางมา

โรงพยาบาลด้วยตนเอง และการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) โดยการสื่อสารด้านยากับผู้ป่วยของเภสัชกรเพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้องก็เป็นหนึ่งในระบบการแพทย์ทางไกลนี้ด้วย

เช่นเดียวกับอำเภอที่จัดตั้งสถิติการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง³ ก็มีอัตราที่สูงตามภาพรวมของประเทศเช่นกัน โดยพบว่าโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วยที่ร้อยละ 13.51 เบาหวานร้อยละ 8.33 โรคหลอดเลือดและสมอง ร้อยละ 1.30 และโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ 1.11 โดยรวมเฉพาะสี่โรคนี้มีอัตราป่วยร้อยละ 24.25 คิดเป็นผู้ป่วย 12,635 ราย โดยถ้าจะเปิดให้บริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ป่วยมารับยาเองจะทำให้มียอดผู้ป่วยที่มาใช้บริการสูงและไม่สามารถจัดบริการได้ทัน เกิดปัญหาการแออัดการรอคอยนาน และข้อร้องเรียนต่างๆตามมา ดังนั้น ในปี พ.ศ.2565 เป็นต้นมา จึงเริ่มมีการกระจายผู้ป่วยกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หรือความดันโลหิตได้ ออกไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) โดยแบ่งผู้ป่วยโรคเรื้อรังออกเป็น 3 กลุ่มย่อย คือ กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ดีไม่มีภาวะแทรกซ้อน ให้รับบริการที่ รพ.สต. ให้บริการโดย รพ.สต.เอง กลุ่มที่สอง กลุ่มที่ควบคุมอาการได้/มีภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง รับบริการที่รพ.สต. ให้บริการโดยระบบ Tele-medicine/tele-pharmacy กลุ่มที่สาม ยังไม่สามารถควบคุมอาการ/มีภาวะแทรกซ้อน มารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยตนเอง ประกอบกับนโยบายรัฐบาลของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ.2567 ซึ่งเป็นนโยบายเร่งด่วนจำนวน 13 ข้อ (Quick win ใน 100 วัน)⁴ โดยหนึ่งในนั้นคือการส่งเสริมการแพทย์ปฐมภูมิ ที่ผลักดันให้เกิดการแพทย์ทางไกลอย่างน้อยจังหวัดละ 1 โรงพยาบาล ซึ่งในจังหวัดอุดรธานีผลักดันให้เกิดการแพทย์ทางไกลในทุกโรงพยาบาล เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วยจากปัญหาสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นและจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์

การให้บริการระบบการแพทย์ทางไกลของโรงพยาบาลกุดจับ จะดำเนินการร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์สั่งยาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Tele-medicine)

พยาบาลคัดกรองผู้ป่วยผ่านระบบการพยาบาลทางไกล (Tele-nursing) เภสัชกรดำเนินการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) โดยในส่วนของเภสัชกรจะดำเนินการจ่ายยาให้คำแนะนำด้านยาและจัดส่งยาให้ผู้ป่วยจนถึงบ้านโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องมารับบริการที่โรงพยาบาล โดยในส่วนของการทำงานบริการการแพทย์ทางไกล หรือการบริการเภสัชกรรมทางไกล มีผู้ป่วยเข้าเกณฑ์ 811 ราย ผู้ป่วยกระจายในพื้นที่รับผิดชอบของทุก รพ.สต.การดำเนินการจะดำเนินการเฉพาะในช่วง 13.00 น. – 16.00 น. ของวันจันทร์ ถึงศุกร์ (ยกเว้นวันอังคาร) ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความจำเป็นที่จะต้องพบเภสัชกรเพื่อทวนสอบการใช้ยา จัดการปัญหาจากการใช้ยาร่วมกับผู้ป่วย และตรวจสอบยา และให้บริการจ่ายยาโดยเภสัชกร ตามมาตรฐานวิชาชีพเภสัชกรรม ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับคำแนะนำจากเภสัชกร และมีการติดตามทางโทรศัพท์ภายใต้ประกาศสภาเภสัชกรรม⁵ ฉบับที่ 56/2563 เรื่อง การกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) ซึ่งจากนโยบายการดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยเกิดความสนใจว่าการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลจะทำให้ผู้ป่วยพึงพอใจมากน้อยขนาดไหน มีความร่วมมือในการใช้ยาที่มากขึ้นหรือไม่ สามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้จริงหรือไม่ และผู้ป่วยมีความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตนในการใช้ยาแตกต่างจากการมารับยาด้วยตนเองที่โรงพยาบาลหรือไม่ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลต่อความรู้ ทักษะคิด และการปฏิบัติตัว และความร่วมมือในการใช้ยา และเพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้บริการเภสัชกรรมทางไกล

วิธีดำเนินการและขั้นตอนการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One group pre-test – post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการการแพทย์ทางไกลและบริการเภสัชกรรมทางไกล โรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 811 คน กำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการทดสอบแบบสองทางที่ 0.05 กำหนด Power ที่ 0.80 คำนวนค่า Effect size ได้ระดับปานกลาง 0.5 คำนวนขนาดตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*power ได้ขนาดตัวอย่าง 45 คน เพื่อคำนึงถึงการสูญเสียของตัวอย่างและเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ ได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างเป็น 100 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) เพื่อให้ผู้ป่วยกระจายไปในทุกพื้นที่ รพ.สต.อย่างเท่าเทียมกันและจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะขึ้นกับจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการเภสัชกรรมทางไกลในเขตรับผิดชอบนั้นๆ แล้วนำมาจับฉลากตาม รพ.สต. จากทะเบียนผู้ป่วย จำนวน 811 คน โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยราย รพ.สต. ได้ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามสถานบริการสาธารณสุข

สถานบริการสาธารณสุข	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลกุดจับ	123	15
รพ.สต.โสกแก	30	4
รพ.สต.ดงบัง	51	6
รพ.สต.ดงหวาย	40	5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

สถานบริการสาธารณสุข	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
รพ.สต.ขอนแก่น	26	3
รพ.สต.หนองบัว	69	9
รพ.สต.ตาลเดี่ยว	29	4
รพ.สต.เหล่าคำ	35	4
รพ.สต.บ่อทอง	74	9
รพ.สต.โคกสว่าง	76	9
รพ.สต.บ้านโพธิ์	114	14
รพ.สต.สร้างบ้าน	143	18

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criterias) ผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกนี้ เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการเภสัชกรรมทางไกลในเขตรับผิดชอบทางไกล ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลกุดจับ และ รพ.สต.ทุกแห่ง อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี จำนวน 100 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยนี้เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการเภสัชกรรมทางไกล ในเขตรับผิดชอบของทุก รพ.สต. อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี 2) ผู้ป่วยควบคุมอาการได้ และเข้าเกณฑ์การส่งต่อเพื่อทำเภสัชกรรมทางไกล 3) ให้ความร่วมมือในการวิจัย ช่วยเหลือตนเองได้ดี และสมัครใจเข้าร่วม 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ อ่านออกเขียนได้ 5) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินเสียงหูไม่หนวกหรือตึงจนเป็นอุปสรรคในการสื่อสาร และ 6) ใช้โทรศัพท์มือถือที่สามารถติดต่อสื่อสารผ่านไลน์ หรือ แอมสเซนเจอร์ หรือ โทรศัพท์ได้ และเกณฑ์คัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criterias) ได้แก่ 1) ผู้ป่วยเสียชีวิต 2) ไม่สามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้ต่อเนื่อง และ 3) อายุมากกว่า 80 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 อย่าง ได้แก่

1) แบบเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น อายุ เพศ โรคร่วม เป็นต้น ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม

ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการบริหารจัดการยาของผู้ป่วย ส่วนที่ 3 แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้เครื่องมือวัด แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา Modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS)⁶ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าแบบสอบถามและแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และ วัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) รายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นนำไปปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือตามข้อเสนอแนะและหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยเครื่องมือที่เป็นแบบ Dichotomous ใช้ Kuder - Richardson 20 (KR-20) - 21 (KR-21) ซึ่งข้อคำถามด้านความรู้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.82 เครื่องมือที่เป็นแบบ Likert scale ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Chronbach 's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติ เท่ากับ 0.82 ส่วนความเที่ยงของข้อคำถามการปฏิบัติตน เท่ากับ 0.75 และได้ค่าความเที่ยงของ Morisky MMAS เท่ากับ 0.64 ซึ่งแม้จะมีค่าความเที่ยงต่ำกว่า 0.7 ผู้วิจัยยังนำมาใช้ในการประเมินความร่วมมือ เนื่องจากเป็นแบบประเมินสำเร็จรูปที่ใช้กันแพร่หลาย และมีการทดสอบความยากง่ายของคำถาม (Difficulty) โดยผลการทดสอบ พบว่าข้อคำถามด้านความรู้มีค่าเท่ากับ 0.50 และด้านความร่วมมือ

ในการใช้ยา มีค่าเท่ากับ 0.59 และอำนาจจำแนก (Discrimination) ได้น้อยกว่า 0.05 ซึ่งถือว่ามีความสามารถในการจำแนกดีมาก

2) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ผ่านการประชุม ทบทวนกำหนดแนวทางการดำเนินงานโดยคณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Clinical Lead Team :CLT) ของโรงพยาบาลกุดจับ พร้อมทั้งแก้ไขและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

การแปลผลคะแนนรวมความรู้ในการกินยาของผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวคิดของบลูม⁷ ดังนี้

ระดับความรู้

คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 – 100 หมายถึง มีความรู้ในระดับดี

คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย การแปลผลคะแนนทัศนคติ และการปฏิบัติในการจัดการยาของผู้ป่วย ใช้เกณฑ์การแบ่งคะแนนเป็นกลุ่มตามแนวคิดของเบสท์⁸ ซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง ผลการปฏิบัติได้สูงที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง ผลการปฏิบัติสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง ผลการปฏิบัติปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง ผลการปฏิบัติต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ผลการปฏิบัติต่ำสุด

การแปลผลความร่วมมือในการใช้ยา Modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย⁹ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ มีการแปลผล ดังนี้

8 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วย มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก

6-7 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง

<6 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล จะดำเนินการโดยผู้วิจัยเองทั้งหมด เพื่อลดความคลาดเคลื่อน และอคติที่เกิดจากผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะออกเก็บข้อมูลตรงกับวันที่นัดผู้ป่วยเข้ารับบริการการแพทย์ทางไกล/เภสัชกรรมทางไกล เพื่อให้เกิดความสะดวกต่อทั้งผู้ป่วย และผู้ทำการวิจัย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1) เตรียมความพร้อมบุคลากรในฝ่ายเภสัชกรรม แพทย์ พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และรพ.สต.ที่ได้รับการส่งตัวอย่างโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ การดำเนินการวิจัย การปฏิบัติในขั้นตอนการวิจัย และเห็นตื้อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2) เลือก อสม.ที่รับผิดชอบหลังคาเรือนผู้ป่วยที่ถูกสุ่มเลือก นัดเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อช่วยเป็นที่เล็งในการนำเสนอของผู้ป่วย

3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยข้อมูลส่วนบุคคลได้จากการให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถาม ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาเพิ่มเติมจากโปรแกรม HOSXP

4) จัดแบ่งผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 3 กลุ่มย่อยตามการควบคุมโรคได้และจัดกลุ่มเข้ารับการตรวจรักษา (1) กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ดี ส่งผู้ป่วยกลับ รพ.สต.ให้ดำเนินการนัด ตรวจรักษา จ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เอง ด้วยการส่งยาเดิมตามที่แพทย์สั่งจ่ายยาล่าสุด (ความดันโลหิตไม่เกิน 140/90 มม.ปรอท และFBS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 126 มก./มล) (2) กลุ่มที่ควบคุมอาการได้ปานกลาง ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะนัดทำการรักษาด้วยการแพทย์ทางไกลและการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) (ความดันโลหิตไม่เกิน 160/90 มม.ปรอท และFBS ระหว่าง 126-180 มก./มล.) และ (3) กลุ่มที่ยังไม่สามารถควบคุมอาการได้ นัดเข้ารับการตรวจรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลกุดจับ (Onsite) (ความดันโลหิตมากกว่า 160/90 มม.ปรอท และ FBS มากกว่า 180 มก./มล.)

5) การเตรียมวัสดุ อุปกรณ์ในการทำ Tele-medicine

และ Tele-pharmacy โดย (1) ใช้โปรแกรม Tele-medicine ที่ให้แพทย์สื่อสารกับผู้ป่วยผ่านหน้าจอคอมพิวเตอร์ โดยแพทย์จะเข้าถึงข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยในระบบ HosXP (2) ในระยะแรกผู้ป่วยจะมารวมตัวที่ รพ.สต. เพื่อรอทำ Tele-medicine กับแพทย์และ Tele-pharmacy กับเภสัชกร และ (3) ในระยะที่ 2 ในผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการใช้โทรศัพท์มือถือและใช้โปรแกรมไลน์ หรือ Messenger จะ Tele-medicine และ Tele-pharmacy จะสื่อสารกับผู้ป่วยโดยตรงโดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาที่ รพ.สต.

6) การนำส่งยาให้ผู้ป่วย จะจัดยาโดยฝ่ายเภสัชกรรม โรงพยาบาลกุดจับ และนำส่งโดยพนักงานขับรถ โรงพยาบาลในเช้าวันถัดไปหลังจากทำ Tele-medicine/ Tele-pharmacy โดยการส่งผ่าน รพ.สต. และนำส่งถึงบ้าน โดยอสม.ของแต่ละหมู่บ้าน และในเดือน เมษายน 2567 มีการจ้างเหมาบริษัทเอกชนนำส่งยาให้ผู้ป่วยถึงบ้าน ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

วิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับอธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมานด้วยสถิติ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยครั้งนี้หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี รหัสโครงการ UDREC 5767 ลงวันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีเก็บข้อมูลและให้อิสระแก่กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า จำนวนผู้ป่วยก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีจำนวนเท่ากัน คือ 100 ราย ไม่มีผู้ป่วยออกจากการทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (64.0%) อายุเฉลี่ย 68.30 ปี (SD. $\pm$ 7.82) สถานภาพสมรส คู่ (60.0%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (90.0%) ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (71.0%) ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวาน 1 – 5 ปี (53.0%) โรคร่วม คือ โรคความดันโลหิตสูง (61.0%) โดยมีโรคร่วมเฉลี่ย 1 โรค (57.0%) ผู้ป่วยกินยาด้วยตนเอง (53.0%) ผู้ป่วย (60.0%) ulyาที่โรงพยาบาลกุดจับ และเดินทางมารับบริการโดยรถจักรยานยนต์มากที่สุดที่ (60.0%) และรองลงมาคือเดินทางมาโดยรถยนต์ (32.0%)

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ พบว่า

2.1 คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยา 7.28 คะแนนระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (Mean=7.28, SD.=1.32) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็น 9.75 คะแนน ระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี (Mean= 9.75, SD.=0.64) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมด้วยสถิติที่ พบว่า ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการใช้ยาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$) แต่เมื่อแยกเปรียบเทียบความรู้เรื่องการใช้ยาตามหลัก 5 R ด้วยสถิติที่ พบว่า ความรู้ด้านการใช้ยาถูกคน ถูกยา ถูกขนาดและถูกเวลา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$) ส่วนความรู้ด้านถูกทางมีคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ผู้ป่วยมีระดับความรู้อยู่ในเกณฑ์ดี

2.2 ทักษะต่อการใช้ยา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้ยาในระดับสูง 3.58 คะแนน (3.58 ± 0.63) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นสูงสุด 4.79 คะแนน (4.79 ± 0.14) เมื่อเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยทัศนคติเรื่องการใช้ยา กลุ่มตัวอย่างก่อน-หลัง ด้วยสถิติที่ พบว่า ผู้ป่วยมีทัศนคติ เรื่องการใช้ยาหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูล รายกลุ่มความถูกต้องในการใช้ยาตามหลัก 5 Right¹⁰ พบว่า ทัศนคติในการใช้ยา ถูกคน ถูกยา ถูกขนาด ถูกทาง และ ถูกเวลา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$)

2.3 พิจารณาจากการปฏิบัติตัวด้านการใช้ยา พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวม การปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาอยู่ในระดับสูง (3.78 ± 0.40) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ เรื่องการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นสูงสุด 4.88 คะแนน (4.88 ± 0.18) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการ ปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาก่อน-หลัง ด้วยสถิติที่ พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวเรื่องการใช้ยาหลังการเข้าร่วม โปรแกรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$) แต่เมื่อแยกวิเคราะห์ข้อมูลรายกลุ่มความถูกต้องในการ ใช้ยาตามหลัก 5 R พบว่า การปฏิบัติตัวในการใช้ยา

ถูกคน ถูกยา ถูกขนาด และถูกเวลา หลังการเข้าร่วม โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ($p<.001$) แต่ด้านถูกทาง ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเรื่อง การใช้ยาไม่แตกต่างกัน

เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบประเมิน MMAS พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน เฉลี่ยการให้ความร่วมมือในการใช้ยาค่ำ (Mean=3.82, SD.=0.99) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นเป็นปานกลาง (Mean=6.78, SD.=0.54) ค่าเฉลี่ยความร่วมมือในการใช้ ยาหลังใช้โปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p<.001$) และพิจารณาด้านความพึงพอใจ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ สูงสุด (Mean=4.77, SD.=0.55) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้น เป็นสูงสุด (Mean=4.95, SD.=0.22) ค่าเฉลี่ยคะแนน ความพึงพอใจหลังใช้โปรแกรมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p=.002$ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติตัวด้านการใช้ยาและความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้หลัก 5 Rights กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 100)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		95% CI	p
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ		
ด้านความรู้						
ถูกคน (Right patient)	0.48(0.18)	น้อย	0.97(0.13)	ดี	0.45, 0.53	<.001
ถูกยา (Right drugs)	0.71(0.23)	ปานกลาง	0.97(0.09)	ดี	0.21, 0.31	<.001
ถูกขนาด (Right dose)	0.72(0.45)	ปานกลาง	0.97(0.17)	ดี	0.15, 0.35	<.001
ถูกทาง (Right route)	0.96(0.20)	ดี	0.98(0.14)	ดี	0.028, -0.07	.41
ถูกเวลา (Right time)	0.88(0.33)	ดี	0.96(0.20)	ดี	0.07, 0.15	.03
โดยรวม	7.28(1.32)	ปานกลาง	9.75(0.64)	ดี	2.18, 2.76	<.001

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		95% CI	p
	Mean(SD.)	ระดับ	Mean(SD.)	ระดับ		
ด้านทัศนคติ						
ถูกคน (Right patient)	3.44(0.98)	สูง	4.77(0.26)	สูงสุด	1.13, 1.53	<.001
ถูกยา (Right drugs)	3.61(0.83)	สูง	4.81(0.22)	สูงสุด	-1.38, -1.02	<.001
ถูกขนาด (Right dose)	3.6(0.45)	ปานกลาง	4.85(0.17)	สูงสุด	-2.64, -2.00	<.001
ถูกทาง (Right route)	4.8(0.20)	สูงสุด	4.90(0.14)	สูงสุด	-0.62, -0.196	<.001
ถูกเวลา (Right time)	4.4(0.33)	สูงสุด	4.80(0.20)	สูงสุด	0.91, 1.43	<.001
โดยรวม	3.58(0.63)	สูง	4.79(0.14)	สูงสุด	3.71, 3.49	<.001
ด้านการปฏิบัติตัว						
ถูกคน (Right patient)	3.00(0.98)	ปานกลาง	4.81(0.39)	สูงสุด	1.60, 2.02	<.001
ถูกยา (Right drugs)	3.17(0.72)	ปานกลาง	4.84(0.52)	สูงสุด	1.49, 1.85	<.001
ถูกขนาด (Right dose)	4.79(0.74)	สูงสุด	4.91(0.47)	สูงสุด	0.59, 0.29	<.001
ถูกทาง (Right route)	4.96(0.24)	สูงสุด	5.00(0.00)	สูงสุด	0.009, -0.09	.103
ถูกเวลา (Right time)	3.86(0.89)	สูง	4.92(0.23)	สูงสุด	0.89, 1.24	<.001
โดยรวม	3.78(0.40)	สูง	4.88(0.18)	สูงสุด	3.71, 3.49	<.001
ความร่วมมือในการใช้ยา	3.82(0.99)	ต่ำ	6.78(0.54)	ปานกลาง	0.39, 0.46	<.001
MMAS						
ความพึงพอใจ	4.77(0.55)	สูงสุด	4.95(0.22)	สูงสุด	0.29, 0.66	.002
ในการใช้บริการ						

การเปรียบเทียบผลของการใช้โปรแกรมการให้บริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 61.83 บาท (S.D. $\pm$ 28.92) และหลังเข้าร่วมโปรแกรม 21.96 บาท (SD. $\pm$ 7.96) ค่าใช้จ่ายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมเฉลี่ยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ ($p < .001$) และพบว่า ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วยหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$) ส่วนการรับรู้อาการไม่พึงประสงค์จากยาพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมผู้ป่วยรับรู้มากขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = .024$ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์ การนำยาเดิมมา และการรับรู้การเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์

ตัวแปร			95%CI	p
ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาพบแพทย์และรับยา				
	ก่อนทดลอง	61.83(28.92)	33.88, 45.86	<.001
	หลังทดลอง	21.96(7.96)		
การนำยาเดิมมาด้วย				
	ก่อนทดลอง	1.23 (0.53)	1.49, 1.73	<.001
	หลังทดลอง	2.84 (0.37)		
การรับรู้การเกิดอาการไม่พึงประสงค์				
	ก่อนทดลอง	0.25(0.59)	0.023, 0.32	.024
	หลังทดลอง	0.08(0.39)		

วิจารณ์

1. จากผลการวิจัย พบว่า การให้บริการเภสัชกรรมทางไกล มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ถูกต้องมากขึ้น พร้อมทั้งมีทัศนคติในการใช้ยาที่เพิ่มมากขึ้น และยังส่งผลทำให้ปฏิบัติตัวในการกินยาถูกต้องมากขึ้นเช่นกัน ทัศนคติในการใช้ยา และการปฏิบัติตนในการใช้ยาเพิ่มขึ้น เกิดจากที่ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น ซึ่งเมื่อมีความรู้ จะทำให้เกิดความคิด ทัศนคติในการใช้ยาที่ถูกต้อง จนนำไปสู่พฤติกรรม หรือ การปฏิบัติตนในการใช้ยาที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นไปตาม ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Believe Model)¹¹ สำหรับอธิบายพฤติกรรมสุขภาพตามปัจจัยต่างๆ 6 ด้านประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรค แรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมอื่นๆ

2. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น เกิดจากการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม ในการคิด ในการเสนอแนะ¹² และเป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่มีจำนวนไม่มากและไม่เร่งรีบในการรับบริการ ประกอบกับ ผู้ป่วยส่วนมากเป็นโรครุนาน ได้รับการให้กระตุ้นจากทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และสหวิชาชีพอื่นๆมาเป็นระยะ แต่สิ่งที่ต้องพึงระลึกคือกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ

ซึ่งผู้สูงอายุแม้จะมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการ ใช้ยามากขึ้นและความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นก็ตามแต่ ก็จำเป็นต้องปรับปรุงหรือต้องมีปัจจัยร่วมอื่นๆ ในการ เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาอยู่ดี ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาโดยเฉพาะในผู้สูงอายุ¹³ มีหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านยา ผู้ให้บริการ ระบบบริการ สภาวะทางเศรษฐกิจและสังคม

3. ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการเข้ารับบริการมากขึ้น จากการที่ไม่ต้องเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล ไม่ต้องรอคอยนาน ค่าใช้จ่ายต่างๆที่ใช้ในการเดินทางมา รับบริการลดลง¹⁴ และหลังเข้ารับบริการเภสัชกรรมทางไกล ทางโรงพยาบาลจะจัดส่งยาให้ผู้ป่วยจนถึงบ้าน โดยไม่ต้อง เดินทางมารับยาเอง โดยทางทางสำนักงานประกันสุขภาพ แห่งชาติ¹⁵ ได้สนับสนุนค่าบริการการแพทย์ทางไกล 50 บาทต่อครั้ง และค่าบริการด้านยาและเวชภัณฑ์สำหรับการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ไปยังผู้ป่วยที่บ้าน 50 บาทต่อครั้ง เฉพาะสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ส่วนสิทธิการรักษา อื่นๆถ้าต้องการให้มีการนำส่งยาให้ถึงบ้าน สามารถเข้ารับ บริการได้ โดยเสียค่าใช้จ่ายครั้งละ 65 บาท

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำส่งยาให้ผู้ป่วยโดยผ่านบริการของเอกชน Health rider เป็นโปรแกรมเสริมขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกลของสถานพยาบาล Health rider จะมีหน้าที่นำส่งยาให้ถึงมือผู้ป่วยภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง หลังจากทางเภสัชกรจัดเตรียมยา ลงข้อมูลผู้ป่วยในระบบ และกดเรียกพนักงานรับส่งยา ซึ่งถือว่ามีความสะดวกมากกว่าการจัดส่งทางไปรษณีย์ หรือทางขนส่งอื่นๆ แบบเดิม แต่ยังมีข้อจำกัดคือ ถ้าผู้ป่วยนอกเนื่องจากสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า จะต้องชำระค่านำส่งยาเอง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ปฏิเสธการรับยาจากพนักงานนำส่งยา เมื่อผู้ป่วยไม่ได้รับยา ก็ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้กินยาที่สมควรได้รับตามที่แพทย์สั่ง ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้เกิดความไม่พอใจในการบริการสาธารณสุขได้ จึงต้องมีการใช้การนำส่งยาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ผ่านทาง รพ.สต. จึงทำให้ได้รับยาล่าช้ากว่าคนอื่น

2. โปรแกรมการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล ถ้าต้องการเห็นหน้าของผู้ป่วย เพื่อให้มีความสะดวกในการบริการ ต้องอาศัยการเชื่อมต่อเครือข่ายผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผู้ป่วยบางคนยังไม่มีความสะดวก จึงยังต้องอาศัยการรวมกลุ่มเข้ามา รพ.สต.ตามวันนัดเพื่อจะได้อาศัยระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของรพ.สต.ในการเข้ารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนมากเป็นผู้สูงอายุและอายุขัยเฉลี่ยสูงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรต้องขยายอายุกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 80 ปี เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรได้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Non-communicable disease [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases20>
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงาน NCD clinic plus 2566 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2567. [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1376920230127075004.pdf>
- กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูล Health Data Center : HDC [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://udn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- สำนักนายกรัฐมนตรี. นโยบายรัฐบาล มาตรการ Quick Win [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/75332>
- สภาเภสัชกรรม. ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 56/2563 เรื่องการกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนการให้บริการเภสัชกรรมทางไกล (Tele-pharmacy) [อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: https://www.pharmacycouncil.org/index.php?option=content_detail&menuid=68&itemid=1846&catid=0
- Yap A F, Thirumoorthy T, Kwan Y H. Medication adherence in the elderly. Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics. 2016;7(2):64-7.
- Bloom B S, Krathwohl D R. Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals: Cognitive Domain: Longman; 2020.
- Best J W, Kahn J V. Research in Education: Allyn and Bacon; 1998.
- พุทธิชาติ มากชุมนุญ, นลินี พูลทรัพย์, ทิพาพร พงษ์เมษา. ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย ทีมสหสาขาวิชาชีพ. Veridian E-journal Science and Technology Silpakorn University. 2559;3(1):013-33.
- Sanaha C, Musikhong J, Sripasong S, & Samai, T. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการรับรู้เกี่ยวกับวิธีการให้ยาอย่างปลอดภัยกับการปฏิบัติตามการให้ยาอย่างปลอดภัยของนักศึกษาพยาบาลในสถาบันการศึกษาพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. Nursing Science Journal of Thailand.

- 2018;36(1),17-30.
11. ทศพล ดวงแก้ว, พชรินทร์สิริสุนทร. การประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Marshall H. Becker ในการศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนเมืองจังหวัดพิษณุโลก. วารสารการวิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน(มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์). 2560;10(3):101-13.
 12. สุภาพร สุปิ่นธรรม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการใช้ยาต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับบริการผ่านระบบเภสัชกรรมทางไกลโรงพยาบาลป่าปางจังหวัดลำพูน. เภสัชกรรมคลินิก. 2566;29(1): 51-64.
 13. MacLaughlin E J, Raehl C L, Treadway A K, Sterling T L, Zoller D P, Bond C A. Assessing medication adherence in the elderly. *Drugs & aging*. 2005;22(3):231-55.
 14. NUALLAONG P, & Thavornwattanayong W. Outcomes of Tele-pharmacy on Asthma Control in Ratchaburi Hospital. *J Health Sci Med Res*. 2023;41(4):e2023928.
 15. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖[อินเทอร์เน็ต]. 2567 [เข้าถึงเมื่อ 25 มิถุนายน 2567]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nhso.go.th/storage/downloads/main/233/ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องการจ่ายค่าใช้จ่ายเพื่อบริการสาธารณสุขเพิ่มเติมสำหรับการบริการ ระดับปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๖.PDF>