

การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง

Community Engagement Fostering Medication Adherence for Non-Communicable Disease Patients in Tamot District, Phatthalung Province

ปัทมิยา สุวรรณกาญจน์^{1*}, กร ศรเลิศล้ำวานิช¹

Patima Suwannakarn^{1*}, Korn Sornlertlumvanich¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ในพื้นที่อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง เพื่อพัฒนาตัวแบบการเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพ โดยการสนับสนุนจากชุมชน ประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา การพัฒนาตัวแบบตามแนวทางการมีส่วนร่วมในชุมชน นำสู่การปฏิบัติ และประเมินผล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 39 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วย ทั้งในโรงพยาบาลตะโหมด และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เภสัชกรร้านขายยา และบุคคลในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566 ผลการวิจัยพบว่า ตัวแบบที่มีประสิทธิภาพในการเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมาจากองค์ประกอบพื้นฐานที่มีอยู่ในชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยออกแบบการเชื่อมต่อข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยทุกรายมีความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น และมีความพึงพอใจในรูปแบบที่ปฏิบัติรวมทั้งจำนวนเม็ดยาที่เหลือมีความสัมพันธ์กับจำนวนวันนัด การวิจัยได้ค้นพบประเด็นองค์ประกอบใหม่ คือ เพื่อนบ้านของผู้ป่วย ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเชื่อและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย รูปแบบที่ได้ คือ Medication Adherence Community Engagement Model (MACE model)

คำสำคัญ: โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ความร่วมมือในการใช้ยา, การมีส่วนร่วมของ
คนในชุมชน

Citation:

Suwannakarn P, Sornlertlumvanich K. Community engagement fostering medication adherence for non-communicable disease patients in Tamot District, Phatthalung Province. Health Sci J Thai 2025; 7(1): 84-92. (in Thai); <https://doi.org/10.55164/hsjt.v7i1.270037>

¹ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
สงขลา 90110

¹ The Faculty of Pharmaceutical Sciences,
Prince of Songkla University, Songkhla,
90110, Thailand

* Corresponding author: Email: patima067@gmail.com Tel: 095-0363550
Received: Jul 4, 2024; Revised: Oct 21, 2024; Accepted: Oct 30, 2024
<https://doi.org/10.55164/hsjt.v4i1.270037>

Abstract

This study was action research conducted in Tamot District, Phatthalung Province to develop an effective model for enhancing medication adherence of non-communicable disease patients. It consisted of problem analysis, model development based on community engagement theory, implementation, and evaluation. In-depth interviews were performed with a total of 39 participants in the community, including the local patients with chronic diseases, healthcare professional in both Tamot Hospital and Subdistrict Health Promotion Hospitals (SHPHs), pharmacists in local drug store, and related persons who involved patient's medication. Data collection was conducted between October 2022 and June 2023. An effective approach that could foster medication adherence for patients with chronic diseases consisted of the existing health service components in both public and private sectors of the community. These components were invited to collaborate and designed to connect with the patients information to promote medication adherence. All patients participating in the study had improved medication adherence, and the number of remaining pills was found correlated with the number of appointment days. The consequence clinical outcomes report was satisfied. In addition, this study has found an emerging fact that patients neighborhoods were valuable in the patient medication adherence process especially for patients who live alone. They help convince and influence patients belief in medication. Finally, the created model in this study might be called “Medication Adherence Community Engagement Model” (MACE model).

Keywords: Non-communicable disease, Medication adherence, Community engagement

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจและหลอดเลือด ได้คร่าชีวิตประชากรโลกไปราว 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 71 ของประชากรที่เสียชีวิตทั่วโลก⁽¹⁾ และยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับต้นของสังคมในขณะนี้ ประเด็นสำคัญจึงต้องมียุทธศาสตร์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและลดภาระโรคเหล่านี้ นอกเหนือจากการคุมอาหาร การออกกำลังกาย และให้ความรู้ในการปรับพฤติกรรม หัวใจสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้บรรลุเป้าหมายทางคลินิก คือ ความร่วมมือในการใช้ยา (Medication adherence: MA) ซึ่งส่งผลต่อการรักษามากกว่าการปรับเปลี่ยนการรักษาทางการแพทย์ใดๆ⁽²⁾

องค์การอนามัยโลกและประเทศสมาชิกทั่วไปได้ยกย่องประเทศไทยว่าสามารถสร้างระบบการเรียนรู้ในชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนได้ดี โดยการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในรูปแบบอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ดีที่สุดแห่งหนึ่งของโลก⁽³⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายในระบบสุขภาพที่เน้นทำงานเชิงรุก ช่วยเหลือป้องกันเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน ชี้ให้เห็นแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลของรัฐที่ต้องร่วมกับบุคลากรในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชน⁽⁴⁾

โรงพยาบาลตะโหมด จังหวัดพัทลุง เป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐขนาด 30 เตียง รองรับผู้มารับบริการเฉพาะคลินิกโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรังเฉลี่ยไม่ต่ำกว่า 70 คนต่อวัน จากสถิติการให้บริการผู้ป่วยคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2559-2563) จำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี คือ 2,796 3,001 3,343 3,452 และ 3,883 คนตามลำดับ มีการจัดอันดับกลุ่มโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขของอำเภอตะโหมด พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของอำเภอ ฝ่ายเภสัชกรรมโรงพยาบาลตะโหมด เล็งเห็นปัญหาและให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ ได้มีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดท้าทายที่ต้องติดตามและเก็บข้อมูลอย่างต่อเนื่อง โดยช่วงปีงบประมาณ 2563 มีอุบัติการณ์การเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย 1 รายต่อจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ยต่อวัน (คิดเป็นร้อยละ 6.25 ของจำนวนผู้ป่วยในเฉลี่ย 16 คนต่อวัน) ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติดูแล หรือไม่สามารถมารับยาที่สถานพยาบาลได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว อาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่น่าไปสู่การเสียชีวิตได้⁽⁵⁾

การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community engagement: CE) คือ กระบวนการที่ให้สมาชิกในชุมชนได้มีบทบาทในการริเริ่มแนวคิดและร่วมตัดสินใจในเรื่องต่างๆ⁽⁶⁾ ได้ถูกนำมาบูรณาการเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างแพร่หลาย⁽⁶⁻⁸⁾ สำหรับในประเทศไทยแนวคิดเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กำลังได้รับการสนใจมากขึ้น⁽⁹⁻¹⁰⁾ ดังนั้น วิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมในชุมชนที่ส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา โดยกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน

คือ 1) สัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และนำข้อมูลที่ได้มาเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่บูรณาการตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽¹¹⁾ ร่วมกับข้อมูลการวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา 2) ทดลองรูปแบบ โดยนำมาปฏิบัติ ติดตามผล และปรับปรุงสะท้อนคิดเพื่อให้ได้ตัวแบบที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนค้นหาข้อเท็จจริงอื่นๆ ที่มีประโยชน์ต่อการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังภายใต้บริบทที่แท้จริงของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อเป็นข้อมูลแก่ผู้บริหารองค์กรในการปรับปรุงนโยบาย สร้างระบบหรือแนวทางปฏิบัติ เพื่อบรรลุเป้าหมายโดยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth Interview) ร่วมกับการบันทึกภาคสนาม เพื่อติดตามการใช้ยาและปรับปรุงวิธีการดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย สถานที่ศึกษาคือ ชุมชนของผู้ป่วยที่ร่วมวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลตะโหมดที่ผู้ป่วยรับการรักษา รพ.สต. ท่าเอียด รพ.สต. ควนอินโนโม และร้านยา ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงที่อาศัยของผู้ป่วยในอำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง ระยะเวลาที่ศึกษาทั้งสิ้น 9 เดือน (ตุลาคม 2565 ถึง มิถุนายน 2566) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีจำนวนทั้งสิ้น 39 คน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (21 คน) ผู้บริหาร (3 คน) บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาล และ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง (5 คน) อสม. (4 คน) ผู้ดูแลผู้ป่วย (3 คน) เกษตรกรร้านยาในชุมชน (1 คน) และบุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ยาของผู้ป่วย (2 คน) การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง เลขที่ 1280/2565 วันที่ 3 พฤษภาคม 2565

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกผู้ที่สมัครใจ มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) รวมทั้งใช้ Snowball technique เพื่อนำเข้าบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและอึดตัวสำหรับเป้าหมายของการศึกษาในครั้งนี้

ขั้นตอนการวิจัย แบ่งเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1: การสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้วิจัยสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่างรวม 27 คน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาล (9 คน) ผู้บริหาร (3 คน) บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง (5 คน)

อสม. (4 คน) ผู้ดูแลผู้ป่วย (3 คน) เกษตรกรร้านยาในชุมชน (1 คน) และบุคคลใกล้ชิดที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการใช้ยาของผู้ป่วย (2 คน) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงในเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ท่าน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา (Root cause analysis: RCA) ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย นำไปสู่การปรับปรุงระบบหรือกระบวนการในการให้บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดโอกาสการเกิดปัญหาดังกล่าวซ้ำอีกโดยทำกระบวนการกลุ่ม (Focus group) กับบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการแก้ปัญหานี้ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาล และ รพ.สต. จำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้บริหาร (2 คน) บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง (5 คน) และแกนนำ อสม. (2 คน) นำมาสู่การออกแบบเครื่องมือการทำงาน คือ แบบบันทึกปัญหาและค้นหาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และออกแบบ รูปแบบร่วมกันโดย ผู้บริหาร ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล และ รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง โดยพิจารณาความเหมาะสมของการนำไปใช้ได้จริงอีกครั้งจากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 คน

ตอนที่ 2: การทดลองนำรูปแบบมาใช้ (Trial)

นำรูปแบบมาทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มาใช้บริการใน รพ.สต. ท่าเอียด และควนอินโนโม ที่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาจำนวน 11 ราย และจากร้านยา 1 ราย โดยติดตามสังเกตการณ์การปฏิบัติ ปรับปรุงกระบวนการ และ ประเมินผลใน 3 ด้าน คือ 1) คุณภาพของผลลัพธ์ความร่วมมือในการใช้ยา ดูจากจำนวนเม็ดยาที่เหลือว่าสัมพันธ์กับวันนัดหรือไม่ ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 2) สัมภาษณ์ความคิดเห็นและความพึงพอใจของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแนวทางการรักษา 3) สัมภาษณ์ความคิดเห็นและความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติและบุคคลผู้มีส่วนร่วมในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล และการตีความหมาย

ผู้วิจัยใช้วิธี Thematic analysis⁽¹²⁾ ในการวิเคราะห์และตีความหมายข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ โดยจับกลุ่มข้อความสำคัญจนกระทั่งได้แนวคิดหลัก ก่อนที่จะสรุปความหมายที่ละเอียดครอบคลุมยิ่งขึ้น กระบวนการเหล่านี้จะทำให้เข้าใจมากขึ้นค้นหาประเด็นเพิ่มเติมในบริบทที่ศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องเป็นระยะๆ จนได้ข้อมูลที่อึดตัว

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness)

ผู้วิจัยสร้างบรรยากาศเป็นกันเอง และให้เวลากับผู้ให้ข้อมูลนานเพียงพอ จนได้ข้อมูลครบถ้วนในประเด็นที่สนใจ ถอดเทปคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ และใช้เทคนิคการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation)⁽¹³⁾ เพื่อดูทิศทางข้อมูล โดยใช้แหล่งข้อมูลจากบุคคล ผู้ปฏิบัติหลายส่วนที่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านอาชีพ สถานที่ และช่วงเวลาเก็บข้อมูล จากนั้นตรวจสอบข้อมูลจากบันทึกต่างๆ กับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การตามรอยการปฏิบัติงาน และให้

ผู้เชี่ยวชาญวิเคราะห์เนื้อหาของข้อมูลแบบคู่ขนานกับนักวิจัย เปรียบเทียบกันให้มั่นใจในความตรงของการแปลความหมาย (Peer debriefing) และใช้การตรวจสอบจากผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง (Member check)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป ผู้ให้ข้อมูลมีทั้งสิ้น 39 คน เป็นเพศชาย 8 คน (20.51%) เพศหญิง 31 คน (79.49%) มีอายุระหว่าง 28-84 ปี นับถือศาสนาพุทธ จำนวน 23 คน (58.97%) และศาสนาอิสลาม จำนวน 16 คน (41.03%) แบ่งตามกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหาร 3 คน (7.69%) แพทย์ 1 คน (2.56%) พยาบาล โรงพยาบาล 1 คน (2.56%) พยาบาล รพ.สต. 2 คน (5.12%) เกษตรกร โรงพยาบาล 1 คน (2.56%) เกษตรกรร้านยา 1 คน (2.56%) อสม. 4 คน (10.30%) ผู้ดูแลผู้ป่วย 3 คน (7.69%) เพื่อนบ้าน 2 คน (5.12%) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาล 9 คน (23.07%) ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน รพ.สต. 11 คน (28.21%) และผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในร้านยา 1 คน (2.56%)

การสร้างรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง ถูกนำมาใช้เป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างรูปแบบ โดยวิเคราะห์จากสาเหตุความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนวคิดรูปแบบกิจกรรมในชุมชนกับการขับเคลื่อนและเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย แนวทางการติดตามปัญหาและบทบาทผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนที่ศึกษา

สาเหตุความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง เมื่อวิเคราะห์หาสาเหตุรากของปัญหา เพื่อทบทวนสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยพบว่า มี 3 ประการ คือ

1) ปัจจัยจากตัวผู้ป่วย เนื่องจาก โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นกลุ่มโรคที่มักไม่แสดงอาการเจ็บป่วย หรือบางครั้งอาการแสดงไม่สัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของโรคที่เป็น ทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง บางส่วนยังมีความเข้าใจในการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น หยุดกินยาเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

“...ก็เวลาความดันขึ้นแล้วจะค่อยกินอะคะ แต่ส่วนมากความดันมันจะไม่ค่อยขึ้น เวลาความดันขึ้นก็จะกิน กินแล้วมันลดลงดีเหมือนเดิมอะคะ...” (ผู้ป่วย 1)

“...เมื่อก่อนแกเคยกินยาความดันตัวหนึ่งชื่อ อีนาริลอะไรเนี่ยแหละคะ พอกินแล้วไอ แกก็หยุดยาไปพออาการมันกำเริบขึ้น แกเลยมาหาหมอที่โรงพยาบาล หนูคิดว่าแกมี

ประสบการณ์ตรงนี่คะ แกรู้ว่าผลมันเป็นอย่างไง แกกลัวตรงนี้...” (ผู้ดูแลผู้ป่วย 1)

“...ส่วนใหญ่นิยามไม่ต่อเนื่อง เพราะการรักษามันกินเวลาค่อนข้างนานและยาเยอะ เราเทียบง่าย ๆ คนที่กินยาสัก 2-3 ชนิด อะคะจะไม่ค่อยมีปัญหา...” (แพทย์)

2) ระบบการให้บริการมีความล่าช้า บุคลากรทางการแพทย์มีอยู่จำกัด และระยะเวลาในการอธิบายรายละเอียดการรักษาต่อผู้ป่วยแต่ละรายค่อนข้างน้อย ทำให้ไม่สามารถค้นหาและแก้ไขปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาให้กับผู้ป่วยได้อย่างตรงจุด

“...บางทีไปแล้วต้องคอยนานนะคะ มันช้า คอยนานเกินเรื่องนี้เรื่องเดียว แล้วพอเจอหมอ เจอเภสัชก็ได้คุยแค่นิดเดียว หมอแถมๆ ไม่ก็คำ ไม่ทันได้คุยปัญหาเลยอะบางที...” (ผู้ป่วย 8)

“...ที่พี่มองคือ เจ้าหน้าที่ที่เรามีน้อย...ถ้าจะให้คอยอธิบายหรือว่าแนะนำการกินยาแบบละเอียด หรือประเมินความร่วมมือในการกินยาทุก case ก็คงไม่ทัน...” (เภสัชกรโรงพยาบาล)

3) การขาดผู้ดูแลที่ดี ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และมักมีปัญหาสายตาหรือการช่วยเหลือตนเอง การมีผู้ดูแลที่ดีจึงมีส่วนสำคัญต่อความร่วมมือในการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

“...ปัญหานึงเลย ก็คือ ของพี่ มีคนที่อ่านหนังสือไม่ออก สดพื้นเพื่อน และ คนที่ตามองไม่เห็น ทำให้เค้ากินยาผิด และมีคนใช้ผิดเตียงอีก 3 คนที่ดูแลตัวเองไม่ได้ ต้องให้คนดูแลมาเป็นคนจัดยา...” (พยาบาล รพ.สต. 2)

รูปแบบกิจกรรมในชุมชนกับการขับเคลื่อนและเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เสนอให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างรอมานัด เพราะช่วงเวลานี้เองที่ผู้ป่วยจะเจอปัญหาการใช้ยาในรูปแบบต่างๆ และส่งผลต่อความต่อเนื่องในการใช้ยาได้ เนื่องจากระยะเวลาในการพูดคุยซักถามปัญหาการใช้ยาระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงรับบริการค่อนข้างมีจำกัด อาจไม่สามารถแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วยได้ตรงจุด ดังนั้น การออกแบบระบบชุมชนในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม มีส่วนช่วยให้การแก้ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มที่ดีขึ้น สรุปเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

1) จัดการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (Patient learning)

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแต่ละรายควรได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และซักถามประเด็นปัญหาที่ตนสงสัยในกลุ่มผู้ป่วยด้วยกันในชุมชน ตลอดจนการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยอาจมีบุคลากรทางการแพทย์ที่สนับสนุนการจัดกิจกรรมให้ความรู้เพิ่มเติมในการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม

“...ก็ จัดอบรมเนี่ยแหละ ผมอยากให้ทำกิจกรรม ถ้าทำได้เลยก็ดี วันหนึ่งไม่กี่ชม.เอง 2-3 ชม.ก็ไปนั่งฟังกันได้อยู่ มันจะ

“ได้มีอะไรใหม่ๆ มาสำหรับตัวเรามั่ง แก่ใจให้กับตัวเรามั่ง...”
(ผู้ป่วย 7)

“...ก็เห็นด้วยนะค่ะที่จะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพราะว่าบางคนเค้าอาจจะมึนเพื่อนที่เป็นโรคเรื้อรังด้วยกัน กลุ่มคนเหล่านี้เค้าอาจจะได้พบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนปัญหาซึ่งกันและกันก็คิดว่าถ้าชุมชนได้รับรู้ตรงนี้ถ้าเค้าได้รับความรู้ที่ถูกต้องไปอาจจะมีแรงจูงใจหรือแรงผลักดันให้เค้ารับประทานยาได้ถูกต้องเหมาะสม มากยิ่งขึ้นค่ะ...” (ผู้บริหาร 2)

2) จัดอบรมความรู้เพื่อสร้าง caregiver ที่มีประสิทธิภาพในชุมชน (Capabilities of caregiver)

ผู้ดูแลผู้ป่วย (Caregiver) ที่สมควรได้รับการสนับสนุนให้ผ่านการอบรมความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในทุกมิติ เช่น เข้าใจพื้นฐานของการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มโรคเหล่านี้ว่ามีผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจอย่างไร หรือหากผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยครอบครัว หรือผู้ที่อยู่ใกล้ชิดในแง่ใดบ้าง โดยมีการเสนอให้ผลักดันเรื่องนี้ในการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เพื่อการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมจากผู้ที่เกี่ยวข้องต่อไป

“...พี่ว่าถ้าให้ได้ผล สำคัญที่ Caregiver และผู้ป่วย โดยเฉพาะ Caregiver ต้องเข้าใจว่าโรคนี้เป็นแล้วจะส่งผลยังใบบ้าง ไม่ว่าทางกายหรือใจ...” (พยาบาลโรงพยาบาล)

“...เราควรอบรมความรู้เบื้องต้นให้เจ้าหน้าที่อนามัยและ Caregiver ก่อน ในการประเมินและจัดการผู้ป่วยกรณีเกิด ADR ต่างๆ ที่ไม่รุนแรง ให้เค้ารู้เบื้องต้นว่าควร Manage ยังไง Case ไหนที่ยังอยู่ในขอบเขตความสามารถเค้าอยู่ Case ไหนต้องโทรหาเรา หรือ Case แบบไหนที่ต้องแนะนำให้มาโรงพยาบาล ตรงนี้แหละที่สำคัญ พี่ว่าประชุม คปสอ. ปังบนหัว เราช่วยกันเขียนโครงการเสนอเข้าไปเลย เพราะเวทีตรงนั้นมีหลายองค์กรมาร่วมรับฟัง เพื่อได้ดึงภาคส่วนอื่นๆ เช่น เทศบาล เข้ามาด้วย เพราะเค้าจะได้งบประมาณในส่วนของการดูแลคนไข้ NCDs มาทุกปีอยู่แล้ว...” (เภสัชกรโรงพยาบาล)

3) สร้างทีมเยี่ยมบ้าน และประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย (Information connection)

อีกแนวทางที่น่าสนใจ ด้วยประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมายาวนาน ได้เล็งเห็นความสำคัญของการที่ต้องมีตัวกลางที่คอยประสานส่งต่อ และสื่อสารข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจความจำเป็นของการให้ความร่วมมือในการใช้ยา บนพื้นฐานองค์ความรู้ที่ถูกต้องและเป็นประโยชน์ระหว่างสถานพยาบาลหลักกับผู้ป่วย มีข้อเสนอแนะให้ลงเยี่ยมบ้านเพื่อสืบค้นปัญหาการใช้ยาโดย อสม. หรือบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและ รพ.สต. โดยต้องเตรียมความพร้อมองค์ความรู้ให้กับ Caregiver และ อสม. ก่อน เพื่อให้การถ่ายทอดข้อมูล

แก่ผู้ป่วยมีความเหมาะสม บางส่วนเสนอให้จัดตั้งเป็นทีมเฉพาะกิจขึ้นในชุมชน เพื่อความสะดวกต่อการประสานงาน

“...มันมีเหตุผลมากกว่าความเป็นวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องของการมาเปลี่ยน Compliance ของคนไข้ การเป็นอาจารย์หรือมีประสบการณ์ในการตรวจคนไข้มาเยอะ มันไม่สามารถเอามา Predict ได้ว่าเราจะแก้ปัญหานี้ได้...จริงๆ เราต้องอาศัยตัวกลาง ดีกว่ามานั่งเถียงกับคนไข้...” (ผู้บริหาร 1)

“...ผมคิดว่าการที่จะทำตรงนี้ น่าจะต้องมีการสนับสนุน หรือช่วยกระตุ้นจากโรงพยาบาลหรือ รพ.สต. ด้วยเพื่อให้เค้าเห็นความสำคัญตรงนี้อีกที ละก็ที่ยากเสนออีกแบบคือ อยากให้แต่ละ รพ.สต. ตั้งทีม อสม. เฉพาะกิจขึ้นมา แต่ละหมู่คัดสรร อสม. ขึ้นมาสัก 1-2 คน ก็ได้ เพื่อสมมติเวลาหมอตีตต้องการติดต่อกับคนไข้ แต่ประสาน อสม. ในพื้นที่ไม่ได้ ก็ให้ติดต่อทีมเฉพาะกิจนี้แทน...” (อสม. 2)

4) สร้างเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Active key network/partnerships)

ร้านขายยาในชุมชน เป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ผู้ป่วยสามารถเข้ารับบริการเพื่อขอคำปรึกษาและชี้แนะ แนวทางการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง เป็นช่องทางการกระจายยาเพื่อลดความแออัดของการรับบริการในโรงพยาบาล ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการใช้ยาของผู้ป่วยได้

“...ผมบอกตรงๆ นะ บางทีผมชี้แจงไปรอนด์คลินิกที่โรงพยาบาล มีบ้างเหมือนกันที่ไปซื้อยาร้านยา มากิน มันสะดวกกับเวลาด้วยใจ แต่ผมไม่ได้ขาดยานะ ก็เอามาให้ที่ร้านเค้าดู...” (ผู้ป่วย 9)

“...แรกๆ ที่พี่เคยทำตอนเข้าโครงการร้านยาคุณภาพใหม่ๆ จะมีการช่วยคัดกรอง NCDs เบื้องต้น เช่น คัดกรองความดัน เบาหวาน แล้วก็อ้วนลงพุง ในคนไข้ที่ไม่เคยตรวจพบมาก่อน ถ้าเหมือนโรงพยาบาลให้คนไข้มาติดตามการใช้ยาหรืออาการต่อที่ร้าน พี่ก็โอเค บางทีพี่ก็เข้าใจว่าที่โรงพยาบาลด้วยเวลามันจำกัด แล้วคนไข้มันค่อนข้างเยอะ อาจจะได้ไม่ได้ให้ข้อมูลกับคนไข้มาก ตรงนั้นพี่ก็เข้าใจ...” (เภสัชกรร้านยา)

แนวทางการติดตามปัญหา และบทบาทผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน

1) เป้าหมาย: แก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่

2) เครื่องมือ: แบบบันทึกปัญหาและค้นหาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3) รูปแบบ: รายงานปัญหา หรือค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเชิงรุก โดยใช้แบบบันทึกปัญหาและค้นหาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตลอดจน

ส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ดังนี้

โรงพยาบาล: อบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่ ผู้ป่วย และผู้เกี่ยวข้อง ติดตามผล

- แพทย์: วางแนวทางหลักและปรับเปลี่ยนแผนการรักษา ของผู้ป่วย

- เภสัชกรโรงพยาบาล: ให้คำปรึกษา รวบรวมปัญหาที่ เกี่ยวข้องกับการใช้ยาของผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากชุมชน ประสานงานและส่งต่อข้อมูลไปยังผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการ แก้ไขปัญหา อบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ ผู้ป่วย อสม. Caregiver ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

- พยาบาลประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: โทรศัพท์ ติดตามผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัด รายงานปัญหาการใช้ยาที่พบ ให้เภสัชกรโรงพยาบาลรับทราบเพื่อประสานแก้ไขต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล:

- ผู้อำนวยการ รพ.สต.: สนับสนุน ให้คำปรึกษา ส่งเสริม การทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ใน รพ.สต. และ อสม. ในพื้นที่ให้เป็นพื้นที่พึ่งพาของผู้ป่วยในชุมชนได้

- พยาบาล รพ.สต.: ลงเยี่ยมบ้านสำรวจปัญหาการใช้ยาร่วมกับ อสม.ในพื้นที่อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ประสานงานหลักระหว่าง โรงพยาบาล อสม. และผู้ป่วยในชุมชน

- อสม.: ลงเยี่ยมบ้านร่วมกับพยาบาล รพ.สต. ในเขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบประสานงานหลักระหว่าง รพ.สต. และผู้ป่วยในชุมชน

- ผู้ดูแลผู้ป่วย: สังเกตและบันทึกปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วย แจ้งผ่าน อสม.ในพื้นที่

ร้านขายยา: เภสัชกรร้านยาส่งต่อผู้ป่วยให้กับโรงพยาบาล กรณีพบปัญหาการใช้ยาที่เกินขีดความสามารถในการรักษา เช่น เกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงจากการใช้ยา และเป็นสถานที่ ทางเลือกในการกระจายยาให้กับผู้ป่วย เพื่อลดความแออัด ในโรงพยาบาล

4) ระยะเวลาทดลองรูปแบบ : 2 เดือน

5) การวัดผล: วัดความร่วมมือในการใช้ยา (นับเม็ดยา ที่เหลือ) วัดผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยก่อน-หลังการได้รับการ แก้ไขปัญหา เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิต เป็นต้น

6) ผู้สนับสนุน: ได้แก่ ผู้บริหาร เทศบาล ผู้นำชุมชน มีหน้าที่ จัดหาแหล่งงบประมาณ วางแผน ติดตาม ในการทำโครงการต่างๆ

เมื่อลองนำรูปแบบที่สร้างมาใช้แก้ปัญหาความร่วมมือใน การใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นระยะเวลา 2 เดือน ผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 12 ราย ใน รพ.สต. ทั้ง 2 แห่ง และร้านขายยา ในชุมชน ประกอบด้วย ผู้ป่วยโรคเบาหวาน 5 ราย (41.67%) ความดันโลหิตสูง 4 ราย (33.33%) และอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ขาดเลือด โรคไตเรื้อรัง อีก 3 ราย (25.00%) ผู้มีส่วนร่วมหลัก ในกระบวนการ คือ อสม. พยาบาล รพ.สต. และเภสัชกรร้านยา สามารถค้นหาปัญหาและรายงานปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือ

ในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่ให้แกเภสัชกร โรงพยาบาลรับทราบ และประสานงานแก้ปัญหาร่วมกันได้อย่าง ถูกต้อง เหมาะสม ตามรูปแบบกิจกรรมที่ออกแบบไว้ร่วมกัน ได้ดี โดยใช้แบบบันทึกปัญหาและค้นหาปัญหาความร่วมมือในการใช้ ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นเครื่องมือในการทำงาน

ปัญหาความร่วมมือการใช้ยาที่พบมากที่สุดคือ จำนวนเม็ดยา เหลือไม่สัมพันธ์กับวันนัดหมายจากสาเหตุของการลืมกินยาหรือ ลืมมารับยาตามนัด เนื่องจากขาดผู้ดูแล 3 ราย (25.00%) และ หยุดยาเองเนื่องจากเกิดอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา 3 ราย (25.00%) รองลงมาคือ กินยาในขนาดที่มากเกินไป 2 ราย (16.67%) กินยาในขนาดที่น้อยเกินไป 1 ราย (8.33%) และอื่นๆ เช่น ทำยาหาย ขาดนัดเนื่องจากงานไม่ได้ อีก 3 ราย (25.00%) บางส่วนยืมยาจากเพื่อนบ้านมากินเองเมื่อเห็นว่าเม็ดยาเหลือ ไม่พอตามวันนัด นอกจากนี้ ในผู้ป่วยบางรายที่ช่วยเหลือตนเอง ไม่ได้และขาดผู้ดูแลพบว่า เพื่อนบ้านที่อยู่ใกล้เคียงจะอาสา ไปรับยาแทนให้ที่สถานพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยรายนั้นได้รับ การรักษาอย่างต่อเนื่อง สะท้อนให้เห็นว่าเพื่อนบ้านที่อาศัย อยู่ใกล้เคียง มีส่วนเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตและอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

“...เค้าเป็นคนใช้ติดเตียง ญาติก็คือมีแค่ แต่ลูกหลานเขา ไปทำงานนอกบ้านหมด...เมื่อกี้คือพิการเหมือนกันคะ เราเป็น เพื่อนบ้านมานานหลายปีแล้วคะ บางทีเรา ก็เอามาให้...เค้า กินยาตลอด พี่ก็ไปดูแลตลอด ไปวัดความดันเกือบทุกเย็น...” (เพื่อนบ้าน 2)

สำหรับการติดตามหลังจากพบปัญหาความร่วมมือในการ ใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั้ง 12 ราย เมื่อวัดผล ความร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือ และเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกก่อน-หลัง การทดลองรูปแบบ พบว่า ผู้ป่วยทุกรายมีจำนวนเม็ดยาเหลือสัมพันธ์กับจำนวนวันนัด และมีผลลัพธ์ทางคลินิก ที่ดีขึ้นในรายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ จากการใช้ยากี่ได้รับคำปรึกษาและแนวทางแก้ไขจากเภสัชกร โรงพยาบาล ผ่านการประสานข้อมูลและทำงานร่วมกันของ ผู้ดูแลผู้ป่วย อสม. พยาบาล รพ.สต. เภสัชกรโรงพยาบาล และ เภสัชกรร้านยา อย่างเป็นระบบตามกรอบการดำเนินงาน ของรูปแบบกิจกรรมที่ได้ออกแบบไว้ร่วมกัน

ความรู้สึก ความพึงพอใจ ปัญหาและข้อเสนอแนะ หลังการเข้าร่วมทดลองรูปแบบ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในการใช้งาน แบบบันทึกปัญหาและค้นหาปัญหาในการใช้ยาของผู้ป่วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากแบบฟอร์มมีการกำหนดข้อคำถาม เป็นประเด็นชัดเจน ครอบคลุมปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา ทำให้ง่ายต่อการบันทึกปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความเข้าใจในข้อคำถามและตอบคำถามเหล่านั้น

ได้อย่างตรงประเด็น แบบบันทึกดังกล่าวสามารถใช้แนบในสมุดประจำตัวคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการรักษาของผู้ป่วยแต่ละรายต่อไป นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างได้เสนอช่องทางการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเพิ่มเติมทาง Facebook ศูนย์ข้อมูลยาของโรงพยาบาล ซึ่งมีเภสัชกรโรงพยาบาลเป็นผู้ดูแลระบบ เพื่อความสะดวกมากยิ่งขึ้น

“...ก็บายใจแหละ ก็มาเยี่ยม มาแลสักเดือนละครั้งกะได้นะพอดี้...” (ผู้ป่วย 16)

“...ตอนเอาไปบันทึกก็โอเคนะคะ เหมือนเป็นข้อๆ ให้เราไล่ถามคนไข้ได้เป็นประเด็น ใช้งานค่ะ...” (อสม. 3)

“...ก็โอเคนะ ใช้ไม่ยาก รวมๆ ก็ครอบคลุมนะ ไม่มีอันไหนต้องตัดออก เพราะหลักๆ ก็เป็นสาเหตุพวกนี้แหละค่ะที่ทำให้คนไข้ไม่กินยา แต่ว่าบางทีถ้าให้สะดวกจริงๆ ก็อาจจะโทรบอกเลยนอ หรือมี Facebook ของห้องยาไหม ถ้าที่ตกไปทางนั้นอาจจะเร็วกว่า...” (เภสัชกรร้านยา)

จากข้อเสนอแนะดังกล่าว ได้ถูกนำมาเป็นข้อมูลสำคัญให้แก่ทีมสหวิชาชีพทั้งในโรงพยาบาลและ รพ.สต. ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอตะโหมด จังหวัดพัทลุง ชื่อว่า Medication Adherence Community Engagement Model (MACE model) ดังรูปที่ (Figure) 1

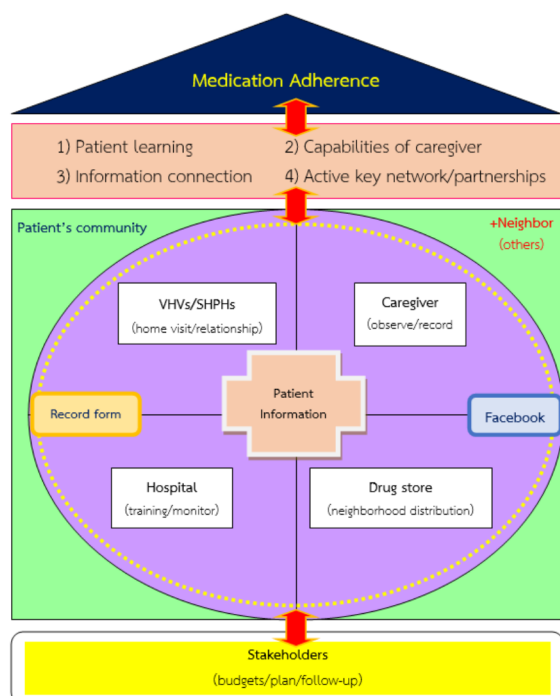


Figure 1 Medication Adherence Community Engagement Model (MACE Model); VHVs: Village Health Volunteers; SHPHs: Subdistrict Health Promotion Hospitals; Facebook: Drug Information Service’s Tamot Hospital Facebook

อภิปรายผล

“Medication Adherence Community Engagement Model” (MACE model) เป็นรูปแบบที่ใช้รับรองในการเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน วางกรอบแนวคิดการดำเนินงานตามหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽¹¹⁾ เน้นการทำงาน “เชิงรุก” เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชนในมิติต้องคร่อม ร่วมกับคณะทำงานระดับปฐมภูมิทั้งภาครัฐ คือ รพ.สต. และภาคเอกชน คือ ร้านขายยา มีแนวทางการทำงานที่ปฏิบัติแล้วได้ผลจริงอย่างเป็นรูปธรรม การเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยมีแนวโน้มที่ดีขึ้น ประกอบด้วย 4 รูปแบบกิจกรรม ได้แก่ 1) จัดการเรียนรู้ในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (Patient learning) 2) จัดอบรมความรู้เพื่อสร้าง caregiver ที่มีประสิทธิภาพในชุมชน (Capabilities of caregiver) 3) สร้างทีมเยี่ยมบ้าน และประสานข้อมูลการดูแลผู้ป่วย (Information connection) และ 4) สร้างเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Active key network/partnerships)

จุดสำคัญที่ทำให้รูปแบบนี้ใช้ได้ผลในบริบทของชุมชนตัวอย่างนั้นคือ ความเต็มใจในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในส่วนของบุคลากรการแพทย์ในโรงพยาบาล รพ.สต. ร้านยา ตลอดจนผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่างมีบทบาทที่เอื้อต่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาที่ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยในชุมชนตำบลมะค่า อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา ที่ศึกษาผลการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันได้ โดยกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อบรมให้ความรู้ ตลอดจนกิจกรรมเยี่ยมบ้านโดยเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในพื้นที่ หลังดำเนินกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมเพิ่มขึ้น ระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพและทดลองแบบสุ่มของการพัฒนาระบบบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลวังทอง จ.พิษณุโลก โดยชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมความร่วมมือการใช้ยา พบว่าสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น หลังได้รับระบบบริการใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)⁽¹⁵⁾ สะท้อนให้เห็นว่า ความพร้อมของทีมในชุมชน คือ ทุนสำคัญที่ผลักดันให้การแก้ไขปัญหาความร่วมมือการใช้ยาที่มีแนวโน้มที่ดีขึ้น

งานวิจัยครั้งนี้ สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการมีตัวกลางคือ เภสัชกรโรงพยาบาล ที่ประสานงานระหว่างสถานพยาบาลหลักกับชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจาก พยาบาล รพ.สต. และ อสม. ซึ่งทำหน้าที่หลักในการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยในชุมชน ช่วยส่งเสริมให้เกิดกระบวนการแก้ปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างถูกต้องเหมาะสม รวมถึงบทบาทสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วย ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยในมิติ

ที่แตกต่างกัน ทั้งในแง่ของกรณีเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในระหว่างการรักษา ผู้ป่วยสูงอายุที่ขาดผู้ดูแล ตลอดจนเภสัชกรร้านยาในชุมชนที่มีบทบาทในการให้คำปรึกษาปัญหาการใช้ยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ลดช่องว่างของการแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ไม่เหมาะสม เช่น หยดยาเอง ขาดนัดเนื่องด้วยเหตุจำเป็นต่างๆ เป็นต้น อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการจัดการปัญหาการใช้ยาที่เหมาะสมสำหรับตนเอง สัมพันธ์กับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่แสดงให้เห็นว่า อสม.และผู้นำในชุมชน มีส่วนในการเชื่อมโยงภาคสาธารณสุขกับชุมชน และมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง^(16,17)

สิ่งที่น่าสนใจอีกประการคือ งานวิจัยนี้มีข้อค้นพบใหม่ของคุณคดียุทธศาสตร์กลุ่มที่มีบทบาทและส่งผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย นั่นคือ เพื่อนบ้านของผู้ป่วย เป็นหนึ่งในตัวแปรสำคัญที่รับรู้ข้อมูลความเป็นไปของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยา และสามารถให้ข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยได้ในเชิงลึก จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงบทบาทของบุคคลแวดล้อมผู้ป่วยดังกล่าว อาจต้องค้นคว้าความรู้ใหม่เพิ่มเติมเพื่อใช้บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย และศึกษาเพิ่มเติมถึงแนวทางนี้ในชุมชนภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาบูรณาการในการดูแลผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

การนำผลวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะ

งานวิจัยนี้ออกแบบรูปแบบการเสริมสร้างความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยอาศัยหลักทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชน⁽¹¹⁾ เข้ามาบูรณาการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รูปแบบนี้มีความยืดหยุ่นในการนำไปประยุกต์ใช้ได้หลายแขนง โดยมีเป้าหมายให้เกิดผลสัมฤทธิ์อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เช่น การเพิ่มทักษะความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังของประชาชนในจังหวัด แก่ไขความแออัดของการรับบริการในโรงพยาบาลช่วงโรคระบาด เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2021 [Internet] [cited 2021 May 9] Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
2. World Health Organization. ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: Evidence for action. Geneva: Switzerland; 2003.
3. Kaweenuttayanon N, Pattanarattanamolee R, Sornchaa N, Nakahara S. Community surveillance of COVID-19 by village health volunteers, Thailand. Bull World

Health Organ 2021; 99: 393-397.

4. Ministry of Public Health. Action plan to support the focused policies of the Ministry of Public Health 2021 [Internet]. 2021 [Cited in 26 June, 2021]. Available from: http://203.157.123.2/cc024/15/policy-moph/8_policy.pdf.
5. Burnier M. The role of adherence in patients with chronic diseases. European Journal of Internal Medicine 2024; 119: 1-5.
6. Shahin W, Kennedy GA, Stupans I. The association between social support and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review. Pharm Pract (Granada) 2021; 19: 2300.
7. Choi YJ, Kim YT, Yi HS, Lee SY, Lee WY. Effects of Community-Based Interventions on Medication Adherence and Hospitalization for Elderly Patients with Type 2 Diabetes at Primary Care Clinics in South Korea. Int J Environ Res Public Health 2021; 18.
8. Naanyu V, Njuguna B, Koros H, Andesia J, Kamano J, Mercer T, et al. Community engagement to inform development of strategies to improve referral for hypertension: perspectives of patients, providers and local community members in western Kenya. BMC Health Serv Res 2023; 854: 1-13.
9. Yuychim P, Niratharadorn M, Sirimpunkul P, Buaboon N. Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. Journal of Public Health 2018; 48: 44-56. (In Thai)
10. Phanthana S, Suwan P, Jantharamolee S, Nanthamongkolchai S. Development of a Community Participatory Pharmaceutical Care Model for Diabetic Patients in Buengkan Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2019; 6: 1-13. (In Thai)
11. Sarrami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite J. Implementing strategies in consumer and community engagement in health care: results of a large-scale, scoping meta-review. BMC Health Serv. Res 2014; 14: 1-16.
12. Braun V, Clarke V. Conceptual and design thinking for thematic analysis. Qualitative Psychology

- 2022;9(1):3–26.
13. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage; 1985.
 14. Netpisitkul K. Blood pressure control in hypertensive patients with uncontrolled blood pressure after participating in a health behavior modification program at Makha subdistrict health promoting hospital, Non Sung district, Nakhon Ratchasima province. *Thammasat Medical Journal* 2016; 16: 230–43. (In Thai)
 15. Kongkaew C, Chaichanawirote U, Supametaporn P. *The Development of Integrated Medication-Adherence Community Model for Non-Communicable Chronic Disease Patients [Thesis]*. Health Systems Research Institute; 2023. (In Thai)
 16. Tuangratananon T, Julchoo S, Phaiyarom M, Panichkriangkrai W, Pudpong N, Patcharanarumol W, et al. Integrating NCD into Primary Health Care in Thailand: a Mix Method Study. *Res Sq* 2021:1-18. (In Thai)
 17. Tarfa A, Nordin J, Mott M, Maurer M, Shiyanbola O. A qualitative exploration of the experiences of peer leaders in an intervention to improve diabetes medication adherence in African Americans. *BMC Public Health* 2023; 23: 144.