



ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

พงศ์พัฒน์ เรืองวิทย์¹, ทรศณีย์ บุญมัน²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 425 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ทักษะการตัดสินใจ การเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ และประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยแบบสอบถามความรู้ใช้ค่า KR20 เท่ากับ 0.84 แบบสอบถามอื่นๆ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่นระหว่าง 0.80-0.86 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.9 มีอายุเฉลี่ย 53.5 ± 11.2 ปี เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.2 และโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.8 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.5 ± 5.2 ปี มีการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.1 มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.4 มีทัศนคติต่อการรักษาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.8 มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.5 และมีประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ($p < 0.001$, $\beta = 0.367$) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ($p < 0.001$, $\beta = 0.362$) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.197$) โดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ร้อยละ 63.4 การศึกษานี้ควรนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่เป็นระบบ การเพิ่มการเข้าถึงบริการ และการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

คำสำคัญ: บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, ประสิทธิภาพการบริการ

¹เภสัชกรชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

²นักสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, E-mail : pongpat.rx14@gmail.com

Factors Affecting the Effectiveness of Primary Pharmaceutical Care Services Among Chronic Disease Patients in Sukhothai Province.

Pongpat Ruengwit¹, Tatsanee Boonmun²

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive research study was conducted to examine factors affecting the effectiveness of primary pharmaceutical care services among chronic disease patients in Sukhothai Province. The sample consisted of 425 chronic disease patients receiving primary pharmaceutical care services at chronic disease clinics in Sukhothai Province. The research instruments were questionnaires comprising personal demographic factors, health factors, service accessibility factors, knowledge about disease and medication use, attitudes toward treatment, social support factors, policy and management factors, and effectiveness of primary pharmaceutical care services. The knowledge questionnaire used KR20 reliability coefficient of 0.84, while other questionnaires used Cronbach's alpha reliability coefficients ranging from 0.80-0.86. Statistical analyses included frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum, minimum values, and stepwise multiple linear regression analysis.

The results showed that the majority of participants were female (56.9%) with a mean age of 53.5 ± 11.2 years. The predominant conditions were diabetes mellitus (45.2%) and hypertension (38.8%), with an average illness duration of 8.5 ± 5.2 years. High levels were observed for service accessibility (70.1%), knowledge about disease and medication use (72.4%), attitudes toward treatment (83.8%), social support (67.5%), and effectiveness of primary pharmaceutical care services (69.2%). Factors significantly affecting the effectiveness of primary pharmaceutical care services were knowledge about disease and medication use ($p < 0.001$, $\beta = 0.367$), service accessibility factors ($p < 0.001$, $\beta = 0.362$), and social support factors ($p < 0.001$, $\beta = 0.197$). These factors together predicted 63.4% of the variance in the effectiveness of primary pharmaceutical care services among chronic disease patients. This study should be applied to develop systematic knowledge-providing programs, enhance service accessibility, and promote social support for chronic disease patients.

Keyword : Primary pharmaceutical care services, Chronic disease patients, Service effectiveness

¹Pharmacist (Professional Level), Sukhothai Provincial Public Health Office.

²Public Health Practitioner (Professional Level), Sukhothai Provincial Public Health Office, E-mail : pongpat.rx14@g

บทนำ

ในปัจจุบันโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทและเขตสุขภาพต่าง ๆ การจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีความซับซ้อน เนื่องจากต้องการการรักษาและการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยลดภาระโรค ลดอัตราการป่วย และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้ (World Health Organization, 2021)

ระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลสุขภาพในชุมชน โดยมุ่งเน้นการให้บริการทางเภสัชกรรมที่ช่วยสนับสนุนการป้องกันโรค การตรวจคัดกรองเบื้องต้น การติดตามการใช้ยา และการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ (Ridde et al., 2020) บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาอย่างถูกต้อง การป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากยา รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยมีการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในชุมชนเพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Smith et al., 2019) เภสัชกรรมปฐมภูมิเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยที่สำคัญในระบบสุขภาพ โดยมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการใช้ยาที่ปลอดภัยและเหมาะสมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง รวมถึงการติดตามผลการใช้ยาและการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจและปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง อย่างไรก็ตาม การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่จังหวัดสุโขทัยยังคงมีความครอบคลุมของบริการ ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยา และการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิสามารถแบ่งออกเป็นหลายด้าน เช่น ด้านโครงสร้างระบบบริการสุขภาพ ด้านความรู้และทักษะของบุคลากรด้านเภสัชกรรม รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย เช่น ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา ความสามารถในการปฏิบัติตามแผนการรักษา และความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ (Minhat, 2015; Bender & Ewbank, 1994)

บริบทด้านสุขภาพของจังหวัดสุโขทัย พบว่า มีประชากรของจังหวัดสุโขทัยมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อความต้องการการดูแลสุขภาพในระยะยาว ทั้งนี้ โรคเรื้อรัง เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูง กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้มากในกลุ่มผู้สูงอายุของจังหวัด ส่งผลให้ความต้องการการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเพิ่มสูงขึ้นเพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพในด้านระบบสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัยมีเครือข่ายบริการที่ครอบคลุมทั้งโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 7 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 118 แห่ง ซึ่งมีบทบาทสำคัญใน

การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ นอกจากนี้ การดำเนินงานเชิงรุกในชุมชนผ่านทีมหมอครอบครัวทำให้การเข้าถึงบริการของประชาชนในพื้นที่ชนบทดีขึ้น แต่ยังคงมีความท้าทายหลายประการ โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ เช่น เภสัชกร และการเข้าถึงบริการในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งบางครั้งอาจเป็นอุปสรรคต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการติดตามและการรักษาโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดการระบบส่งต่อที่ยังคงต้องปรับปรุงให้เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2566)

แม้ว่าจังหวัดสุโขทัยจะเผชิญกับความท้าทายดังกล่าว แต่ก็มีโอกาสในการพัฒนาระบบสาธารณสุขที่น่าสนใจ โดยเฉพาะการพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยเภสัชกรเพื่อช่วยติดตามการใช้ยาของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการติดตามและประเมินสุขภาพของผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยให้สามารถติดตามอาการและ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ดีขึ้น นอกจากนี้ การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยในชุมชน และการพัฒนา ศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เพื่อมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ถือเป็นอีกหนึ่ง แนวทางที่สามารถช่วยส่งเสริมให้บริการมีคุณภาพและตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้ดียิ่งขึ้นสำหรับ ปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในจังหวัดสุโขทัยนั้น มาจากนโยบายระดับชาติ ที่ส่งเสริมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ รวมถึงระบบ การส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลที่ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น

จากการศึกษาพบว่า การให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีการสื่อสารที่ดี ระหว่างผู้ป่วยและเภสัชกร รวมถึงการให้บริการอย่างต่อเนื่อง การเข้าถึงบริการที่ง่ายและสะดวก และการติดตาม ผลที่เหมาะสม นอกจากนี้ การมีระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่สามารถเชื่อมโยงและ แลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขยังช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างมาก (Lindlof, 1995) ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วย โรคเรื้อรังในจังหวัดสุโขทัย โดยเน้นการวิเคราะห์ปัจจัยในด้านต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงบริการ ความเข้าใจในการใช้ ยา ความพึงพอใจต่อบริการ รวมถึงปัจจัยทางโครงสร้างและการจัดการระบบบริการสุขภาพ การวิจัยครั้งนี้คาดว่าจะ ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับอุปสรรคและโอกาสในการพัฒนาการให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนานโยบายหรือการจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของบริการดังกล่าวให้ดีขึ้นใน อนาคต การศึกษาเรื่องนี้จะช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความท้าทายและปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการ ให้บริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในจังหวัดสุโขทัย ซึ่งเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูง และการ เข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย, 2563) ข้อมูลที่รับจากการวิจัย

ครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ชนบทได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรสส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ประเภทของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนยาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนของโรค ความถี่ในการรับยา และระยะเวลาการรอรับยาส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
3. ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ได้แก่ ความเพียงพอของบุคลากร คุณภาพการให้บริการ และการได้รับข้อมูลและคำแนะนำส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
4. ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา และทัศนคติต่อการรักษา ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
5. ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว การสนับสนุนจากชุมชนและการมีผู้ดูแลหลักส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย
6. ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ได้แก่ นโยบายการให้บริการ ระบบการนัดหมายและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านการศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568

ขอบเขตด้านพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสุโขทัย

ขอบเขตด้านประชากร ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 61,001 คน

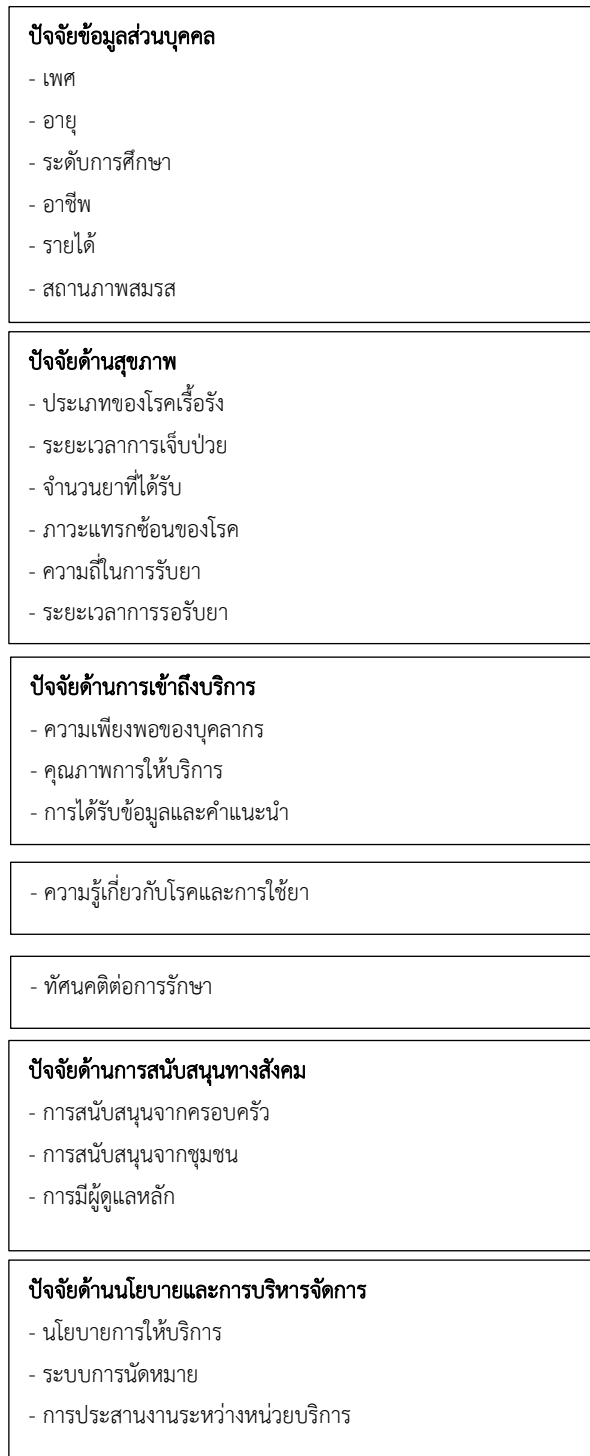
ขอบเขตด้านระยะเวลา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย พฤศจิกายน 2567 ถึง พฤษภาคม 2568

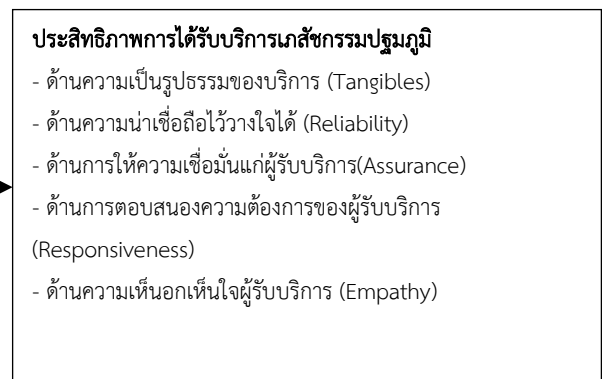
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ธันวาคม 2567 ถึง มีนาคม 2568

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น



ตัวแปรตาม



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2567 ถึง มีนาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดสุโขทัย จำนวน 61,001 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ในจังหวัดสุโขทัย ยินยอมให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เข้าสู่โครงการวิจัยโดยพิจารณาคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นไปตามเกณฑ์ การคัดเลือกเข้าวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย จำนวน 61,001 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน จากสูตรการหาขนาดตัวอย่างของแดเนียล (Daniel, 1995) ดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 Z_{1-\alpha/2}^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ให้ศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้

N = ขนาดของประชากร (61,001 คน)

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% $Z_{1-\alpha/2} = 1.96$

σ = ค่าความแปรปรวน ซึ่งผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ เฉลี่ย 27.0 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 14.80 (ทรงวุฒิ สารจันทิก, 2564)

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ ร้อยละ 10 ของค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังนั้น ค่าความคลาดเคลื่อนที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 1.480

Alpha (α) = 0.05

$$\begin{aligned} \text{จากสูตร} \quad n &= \frac{61,001 \times (14.80^2) (1.96^2)}{[(1.480^2) (61,001 - 1)] + [(1.480^2)(1.96^2)]} \\ n &= 381.76 \text{ คน} \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จากสูตร เท่ากับ 382 คน

เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้น ร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น

$$\begin{aligned} n_{\text{adjusted}} &= n/1-r \\ &= 382/1-0.1 \\ &= 424.44 \end{aligned}$$

ดังนั้น ในการศึกษารั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 425 คน

วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่าง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ณ คลินิกผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยการใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ผู้วิจัยมีขั้นตอนการสุ่มตัวอย่างดังนี้

1. การสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามสัดส่วนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละอำเภอ ได้ขนาดตัวอย่างของแต่ละตำบล ใช้สูตรกำหนดสัดส่วนดังนี้

$$n_i = \frac{nN_i}{N}$$

โดยกำหนดให้ n_i = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นภูมิ

n = ขนาดตัวอย่าง

N_i = สมาชิกของประชากรในแต่ละชั้นภูมิ

N = จำนวนสมาชิกของประชากรทั้งหมด

2. การสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยในแต่ละอำเภอ จับฉลากเพื่อเลือกตำบลจำนวน 1 แห่ง หากตำบลนั้นมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวนมากกว่า 1 แห่ง ให้จับฉลากเพื่อเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวแทน จำนวนอำเภอละ 1 แห่ง

3. การสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) นำรายชื่อของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นตัวแทนมาสุ่มอย่างง่ายโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการสุ่มตามรายชื่อผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่จังหวัดสุโขทัย จนครบทุกรายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งสิ้น 425 ราย

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria)

1. เป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่รับบริการรักษาคคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุโขทัย อย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน เคยได้รับการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกร

2. อายุ มากกว่า 18 ปีขึ้นไป
3. สื่อสารด้วยภาษาไทยได้
4. มีความยินดี และยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจไม่ใช่เป็นการบังคับจากผู้หนึ่งผู้ใด

เกณฑ์การคัดออก

1. มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการสื่อสารที่รุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
2. มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีความบกพร่องทางจิตและพฤติกรรมที่รุนแรง
3. มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้
4. ไม่สามารถตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้สร้างแบบสอบถามเพื่อเป็นเครื่องมือในการศึกษา โดยแบ่งคำถามออกเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และสถานภาพสมรส แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย ประเภทของโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนยาที่ได้รับ ภาวะแทรกซ้อนของโรค ความถี่ในการรับยา และระยะเวลาการรอรับยาแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำตอบลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย ความเพียงพอของบุคลากร จำนวน 3 ข้อ คุณภาพการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ และได้รับข้อมูลและคำแนะนำ จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา จำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ได้แก่ สาเหตุ อาการ การรักษา การปฏิบัติตัว และความรู้เกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษา ทั้งชื่อยา ข้อบ่งใช้ วิธีการใช้ ขนาดยา ความถี่ในการใช้ยา ผลข้างเคียง ข้อควรระวัง และการปฏิบัติตัวเมื่อสัมผัสรับประทานยา ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก หรือผิด

ส่วนที่ 5 ทักษะติดต่อการรักษ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ความเพียงพอของบุคลากร จำนวน 3 ข้อ คุณภาพการให้บริการ จำนวน 4 ข้อ และได้รับข้อมูลและคำแนะนำ จำนวน 6 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ ประกอบด้วย การสนับสนุนจากครอบครัว จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนจากชุมชน จำนวน 10 ข้อ การมีผู้ดูแลหลัก จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ จำนวน 13 ข้อ ประกอบด้วย นโยบายการบริการ จำนวน 5 ข้อ ระบบการนัดหมาย จำนวน 4 ข้อ และการประสานงานระหว่างหน่วยบริการ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

ส่วนที่ 8 ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วย ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ จำนวน 7 ข้อ ด้านความน่าเชื่อถือไว้วางใจได้ จำนวน 6 ข้อ ด้านการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ จำนวน 6 ข้อ ด้านการให้ความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ จำนวน 5 ข้อ และด้านความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการ จำนวน 4 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

การแปลผล แบ่งกลุ่มหาระดับประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ โดยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1968) ดังนี้

ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 – 79

ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ระดับต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แบบสอบถามทั้งฉบับ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านใช้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 หลังจากนั้น ทำการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ณ สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี จังหวัดสุโขทัย มีความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ใช้ค่า KR20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.84 แบบสอบถามปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ทักษะการต่อการรักษา ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค มีค่าความเชื่อมั่น 0.80, 0.84, 0.84, 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายของการวิจัย เพื่อขออนุเคราะห์ในการใช้พื้นที่
- 2) ผู้วิจัยประสานผู้รับผิดชอบงานเภสัชปฐมภูมิ เพื่ออธิบายแนวทางในการตอบแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างและขอความอนุเคราะห์ ในการตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความเป็นจริง
- 3) ผู้วิจัยและผู้ช่วยเป็นผู้เก็บแบบสอบถาม เพื่อลดอคติที่เกิดจากการเก็บข้อมูล

4) ผู้วิจัยเป็นผู้รวบรวมแบบสอบถาม พร้อมนำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส โดยใช้สถิติจำนวน และร้อยละ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ปัจจัยด้านความรู้และทัศนคติ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ และประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด
- 3) วิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัยโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย โครงการเลขที่ COA No.93/2024 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB No.94/2024 ประเภทการรับรองแบบเร่งรัด (Expedited Review) รับรองเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2567

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.9 มีอายุเฉลี่ย 53.5 ± 11.2 ปี อายุสูงสุด 79 ปี อายุต่ำสุด 35 ปี จบระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 46.6 รองลงมาจบการศึกษต่ำกว่าประถมศึกษา ร้อยละ 20.9 และมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 17.9 ตามลำดับ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 34.1 รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 31.5 พนักงาน/ลูกจ้าง ร้อยละ 15.8 และค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ย $8,450 \pm 5,670.65$ บาทต่อเดือน โดยส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 34.1 รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 28.9 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 68.0 รองลงมาเป็นหม้าย ร้อยละ 20.9

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 45.2 รองลงมาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.8 และผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 12.7 ตามลำดับ มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8.5 ± 5.2 ปี โดยระยะเวลาการเจ็บป่วยต่ำสุด 1 ปี และสูงสุด 25 ปี จำนวนยาที่ได้รับเฉลี่ย 3.8 ± 1.6 ชนิด โดยจำนวนยาต่ำสุด 1 ชนิด และสูงสุด 8 ชนิด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ร้อยละ 72.9 รองลงมาภาวะแทรกซ้อนโรคไต ร้อยละ 12.5 และความผิดปกติของตาและเท้า ร้อยละ 8.2 ตามลำดับ มีความถี่ในการรับยาเฉลี่ย 8.7 ± 3.4 ครั้งต่อปี โดยความถี่ในการรับยาต่ำสุด 4 ครั้งต่อปี และสูงสุด 18 ครั้งต่อปี ระยะเวลาการรอรับบริการด้านยาเฉลี่ย 25.6 ± 12.8 นาที โดยระยะเวลาการรอรับบริการต่ำสุด 8 นาที และสูงสุด 65 นาที

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 425$)

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงบริการระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป)	298	70.1
การเข้าถึงบริการระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	104	24.5
การเข้าถึงบริการระดับต่ำ (ต่ำกว่า 39 คะแนน)	23	5.4
(Mean = 52.47 S.D. = 1.32, Median = 52.0, Min = 50.0, Max = 65.0)		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการระดับปานกลาง ร้อยละ 70.1 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 24.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ มีการเข้าถึงบริการเฉลี่ย 52.47 ± 1.32 คะแนน (คะแนนเต็ม 65) ต่ำสุด 50.0 คะแนน สูงสุด 65.0 คะแนน

ส่วนที่ 4 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 425$)

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (16 คะแนนขึ้นไป)	312	72.4
ความรู้ระดับปานกลาง (12-15 คะแนน)	96	22.6
ความรู้ระดับต่ำ (ต่ำกว่า 12 คะแนน)	17	4.0
(Mean = 16.85 S.D. = 2.34, Median = 17.0, Min = 8.0, Max = 20.0)		

จากตาราง 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 22.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยาเฉลี่ย 16.85 ± 2.34 คะแนน (คะแนนเต็ม 20) ต่ำสุด 8.0 คะแนน สูงสุด 20.0 คะแนน

ส่วนที่ 5 ทักษะการดูแลสุขภาพ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับทักษะการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 425$)

ทักษะการดูแลสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ทักษะการดูแลสุขภาพระดับสูง (40 คะแนนขึ้นไป)	365	83.8
ทักษะการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง (30-39 คะแนน)	59	13.9
ทักษะการดูแลสุขภาพระดับต่ำ (ต่ำกว่า 30 คะแนน)	10	2.3
(Mean = 38.76 S.D. = 4.12, Median = 29.0, Min = 22.0, Max = 45.0)		

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.8 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 13.9 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ มีทักษะการดูแลสุขภาพเฉลี่ย 38.76 ± 4.12 คะแนน (คะแนนเต็ม 50) ต่ำสุด 22.0 คะแนน สูงสุด 45.0 คะแนน

ส่วนที่ 6 ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม

ตาราง 4 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 425$)

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (56 คะแนนขึ้นไป)	287	67.5
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (42-55 คะแนน)	118	27.8
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (ต่ำกว่า 42 คะแนน)	20	4.7
(Mean = 51.23 S.D. = 8.65, Median = 52.0, Min = 28.0, Max = 70.0)		

จากตาราง 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 27.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 4.7 ตามลำดับ มีการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ย 51.23 ± 8.65 คะแนน (คะแนนเต็ม 70) ต่ำสุด 28.0 คะแนน สูงสุด 70.0 คะแนน

ส่วนที่ 7 ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ

ตาราง 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับนโยบายและการบริหารจัดการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 425)

ปัจจัยด้านนโยบายและการบริหารจัดการ	จำนวน	ร้อยละ
นโยบายและการบริหารจัดการระดับสูง (52 คะแนนขึ้นไป)	278	65.4
นโยบายและการบริหารจัดการระดับปานกลาง (39-51 คะแนน)	125	29.4
นโยบายและการบริหารจัดการระดับต่ำ (ต่ำกว่า 39 คะแนน)	22	5.2
(Mean = 41.89 S.D. = 7.23, Median = 42.0, Min = 25.0, Max = 65.0)		

จากตาราง 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีนโยบายและการบริหารจัดการอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 29.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.2 ตามลำดับ มีนโยบายและการบริหารจัดการเฉลี่ย 41.89 ± 7.23 คะแนน (คะแนนเต็ม 65) ต่ำสุด 25.0 คะแนน สูงสุด 65.0 คะแนน

ส่วนที่ 8 ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิของกลุ่มตัวอย่าง (n = 425)

ประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ	จำนวน	ร้อยละ
ประสิทธิภาพระดับสูง (112 คะแนนขึ้นไป)	294	69.2
ประสิทธิภาพระดับปานกลาง (84-111 คะแนน)	109	25.6
ประสิทธิภาพระดับต่ำ (ต่ำกว่า 84 คะแนน)	22	5.2
(Mean = 102.67 S.D. = 18.43, Median = 105.0, Min = 58.0, Max = 140.0)		

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.2 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 25.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 5.2 ตามลำดับ มีประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิเฉลี่ย 102.67 ± 18.43 คะแนน (คะแนนเต็ม 140) ต่ำสุด 58.0 คะแนน สูงสุด 140.0

ส่วนที่ 9 การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัยด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตาราง 7 แสดงการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย (n = 425)

ตัวแปรพยากรณ์	b	Beta	T	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา	2.847	0.367	9.918	<0.001*
ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ	0.534	0.362	6.011	<0.001*
ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม	0.421	0.197	3.289	<0.001*

Constant (a) = 12.456 R Square = 0.634 Adjusted R Square = 0.629 F =146.218

*P = <0.05

จากตาราง 7 การวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า มีตัวแปรที่มีผลต่อประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ได้ทั้งหมด 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ($p < 0.001$, $\beta = 0.367$) ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ ($p < 0.001$, $\beta = 0.362$) และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ($p < 0.001$, $\beta = 0.197$) โดยสามารถร่วมกันทำนายประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ได้ร้อยละ 63.4 และสามารถเขียนสมการในการพยากรณ์ประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ในรูปคะแนนดิบได้ดังนี้

ประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย = $12.456 + (0.367) \text{ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา} + (0.543) \text{ ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ} + (0.421) \text{ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม}$

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จังหวัดสุโขทัย ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม สามารถอภิปรายผลการศึกษา ได้ดังนี้

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการใช้ยา เป็นปัจจัยทำนายที่มีความสำคัญสูงสุดต่อประสิทธิภาพการได้รับการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ($\beta = 0.367$, $p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 72.4 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ของ Wagner และคณะ (Wagner et al.,

2001) ที่เน้นการสร้างความรู้และการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยในการจัดการโรคของตนเอง การศึกษาก่อนหน้าในประเทศไทยสนับสนุนความสำคัญของความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง การศึกษาของ Liu และคณะ (2022) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความดันโลหิตสูงพบว่า โปรแกรมการดูแลเภสัชกรรมหลังจำหน่ายที่ประกอบด้วย การให้ความรู้ การใช้แอปพลิเคชัน WeChat และการติดตามทางโทรศัพท์ สามารถปรับปรุงการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การศึกษาของ Xie และคณะ (2017) ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 แสดงให้เห็นว่า การดูแลเภสัชกรรมสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิกหลายด้าน รวมถึงระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด การศึกษาของ Greer และคณะ (2016) พบว่า การดูแลโรคเรื้อรังโดยเภสัชกรเกี่ยวข้องกับการเพิ่มจำนวนหรือขนาดยาที่ได้รับ และการปรับปรุงการบรรลุเป้าหมายทางคลินิกด้านระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต และระดับไขมัน (moderate-strength evidence) การศึกษาของ Sleath และคณะ (2000) พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการเภสัชกรรมปฐมภูมิมีแนวโน้มที่จะรายงานว่าได้รับ "ข้อมูลมาก" จากเภสัชกรเกี่ยวกับทุกแง่มุมของยา (odds ratio: 1.75 ถึง 2.68) นอกจากนี้ การศึกษาพบว่า การดูแลเภสัชกรรมสามารถปรับปรุงการปฏิบัติตามแผนการรักษาและผลลัพธ์ทางคลินิก เพิ่มการตระหนักรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา และลดจำนวนและความชุกของผลลัพธ์เชิงลบที่เกี่ยวข้องกับยา โดยเฉพาะในโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยพบว่า ความรู้ด้านการใช้ยามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการได้รับบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิอย่างมีนัยสำคัญ ($\beta = 0.362, p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการเข้าถึงบริการในระดับสูง ร้อยละ 70.1 ผลการศึกษานี้สะท้อนถึงความสำคัญของการออกแบบระบบการให้บริการ (Delivery System Design) ซึ่งเป็นหนึ่งในองค์ประกอบหลักของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) ที่เน้นการจัดระเบียบการดูแลสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง โดยมุ่งเน้นการป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลผู้ป่วย/ประชากรอย่างมีประสิทธิภาพ (Wagner et al., 2001) การศึกษาก่อนหน้าในบริบทของประเทศไทยแสดงให้เห็นถึงความท้าทายและโอกาสในการพัฒนาการเข้าถึงบริการ การศึกษาของ Sookaneknun และคณะ (2010) เกี่ยวกับการวิเคราะห์ทางเศรษฐกิจของการร่วมมือระหว่างร้านขายยาชุมชนและหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐบาลไทยในการดำเนินโปรแกรมการคัดกรองเบาหวานและความดันโลหิตสูง พบว่า การคัดกรองที่ร้านขายยามีต้นทุนสูงกว่า แต่อัตราความสำเร็จในการส่งต่อสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับบริการที่ชุมชน การศึกษาแบบเชิงระบบของ Smith และคณะ (2015) ที่ระบุแนวทางการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะหลายโรคร่วมในการดูแลปฐมภูมิและ

การตั้งชุมชน พบว่า การมีโปรแกรมการดูแลแบบครอบคลุม 15 รูปแบบที่ประสบความสำเร็จสามารถปรับปรุงผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 ด้าน (เช่น คุณภาพชีวิต คุณภาพการดูแล ต้นทุนของบริการสุขภาพ) การศึกษานี้เน้นความสำคัญของการออกแบบระบบการให้บริการที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยพบว่า การเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน

ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพการได้รับการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิ ($\beta = 0.197, p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ร้อยละ 67.5 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับองค์ประกอบของแบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังที่เน้นการเชื่อมโยงกับชุมชน (Community Linkages) และการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-Management Support) แบบจำลองการดูแลโรคเรื้อรังที่พัฒนาโดย MacColl Institute for Healthcare Innovation ที่ Group Health Cooperative เน้นการระดมทรัพยากรของชุมชน การส่งเสริมการดูแลที่มีคุณภาพสูง การเสริมสร้างความสามารถในการจัดการตนเองของผู้ป่วย และการประสานงานการดูแล การสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงแต่มาจากครอบครัวเท่านั้น แต่รวมถึงการสนับสนุนจากชุมชนและเครือข่ายสังคมอื่น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของทรงวุฒิ สารจันทิก (2564) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดสระบุรี โดยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวาน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ที่เป็นระบบและมีมาตรฐาน โดยจัดให้มีการอบรมเภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม รวมถึงการสร้างสื่อการเรียนรู้ที่เข้าใจง่าย เช่น แผ่นพับ วิดีโอสั้น และแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การใช้ยา และการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรมีการประเมินความรู้ของผู้ป่วยเป็นระยะ และปรับปรุงวิธีการให้ความรู้ให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการสร้างกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนเพื่อให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลและสนับสนุนผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน การจัดกิจกรรมเยี่ยมบ้านอย่างเป็นระบบ และการสร้างระบบการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ เช่น แอป

พลิเคชัน Line หรือการโทรศัพท์ติดตาม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับการดูแลและมีแรงจูงใจในการรักษาตัวอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มที่มีการควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการพัฒนาปัจจัยที่พบว่ามีนัยสำคัญจากการศึกษานี้ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการแทรกแซงแบบครบถ้วน (เช่น โปรแกรมการให้ความรู้ที่พัฒนาขึ้น การเพิ่มการเข้าถึงบริการ และการเสริมสร้างการสนับสนุนทางสังคม) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกที่สำคัญ เช่น ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ความดันโลหิต ระดับไขมันในเลือด การปฏิบัติตามแผนการรักษา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี เพื่อประเมินผลกระทบระยะยาวของการปรับปรุงบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รายงานสถิติสาธารณสุขประจำปี 2563*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ทรงวุฒิ สารจันทร์. (2564). ความคาดหวังกับการรับรู้คุณภาพการบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดสระบุรี. *เชี่ยงรายวารสาร*, 13(3), 17-32.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2563). *รายงานข้อมูลสุขภาพจังหวัดสุโขทัย ปี 2563*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย. (2566). *แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ จังหวัดสุโขทัย ปีงบประมาณ 2566*. สุโขทัย: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย.
- Bloom. (1968). *Taxonomy of Education*. New York: David McKay Company Inc.
- Bender D. E., & Ewbank, D. (1994). The focus group as a tool for health research: Issues in design and analysis. *Health Transition Review*, 4(1), 63–80.
- Daniel. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. New York: Wiley & Sons.



- Greer N., Bolduc, J., Geurkink, E., Rector, T., Olson, K., Koeller, E., ... & Wilt, T. J. (2016). Pharmacist-led chronic disease management: A systematic review of effectiveness and harms compared with usual care. *Annals of Internal Medicine*, 165(1), 30-40.
- Lindlof T. R. (1995). *Qualitative communication research methods*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Liu Y., Zhang, M., Luo, Q., & Shen, Y. (2022). Effects of pharmacist-led interventions on medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: A randomized controlled trial using WeChat. *BMC Health Services Research*, 22, 1025.
- Minhat H. S. (2015). Determinants for effective primary healthcare delivery: A review. *International Journal of Public Health Research*, 5(1), 1–7.
- Ridde V., Pérez, D., & Robert, E. (2020). *Primary health care: A strategic framework for health system strengthening*. Geneva: World Health Organization.
- Smith F. J., Khan, T. M., & Sheikh, A. (2019). Role of pharmacists in primary health care. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 10(2), 123–130.
- Sookaneknun P., Saramunee, K., & Suksaeree, J. (2010). Economic analysis of screening services in community pharmacies compared to public primary care settings in Thailand. *Value in Health Regional Issues*, 1(1), 118–122.
- Smith S. M., Wallace, E., O'Dowd, T., & Fortin, M. (2015). Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 650.
- Sleath B., Rubin, R. H., Campbell, W., Gwyther, L., & Clark, T. (2000). Physician–patient communication about over-the-counter medications. *Social Science & Medicine*, 50(4), 567–576.
- Wagner E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (2001). Improving chronic illness care: Translating evidence into action. *Health Affairs*, 20(6), 64–78.
- World Health Organization. (2021). *Active Aging: A policy framework*. เข้าถึงได้จาก <https://iris.who.int/bitstream/handle>

Xie W., Wang, Y., Wang, X., & Lu, Q. (2017). Effects of pharmaceutical care on clinical outcomes of outpatients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1193–1199.