การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a Medication Adherence Promotion Model for Patients with Chronic Non-Communicable Diseases in the Community of Ban Nong Waeng, Phon Khewa Subdistrict, Mueang District, Sisaket Province

ขวัญฤดี จันทิมา[1]*

Khwanruedee Chanthima[1]*

[1]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา จังหวัดศรีสะเกษ

[1]Faculty of Nursing, Chalermkanchana University, Sisaket Province, Thailand

*E-mail: pungpitk@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน
และนำผลไปพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ป่วย 100 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ ถดถอยพหุคูณ และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า
ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 61.0) อายุ 60–69 ปี (ร้อยละ 36.0)
มีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาระดับสูง (ร้อยละ 58.0) ทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคม
และการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.80, 3.83 และ 3.80 ตามลำดับ)
ความร่วมมือในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด (ร้อยละ 49.0)
การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด ($r = .46$, $p < .001$) ขณะที่จำนวนยาต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.34$, $p < .001$)
ตัวแปรพยากรณ์อธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 37.0 ($R^2 = .37$) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบอุปสรรคสำคัญ คือ การลืมรับประทานยา ภาระจากการใช้ยาหลายชนิด ความกังวลต่อผลข้างเคียง
ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเมื่อไม่มีอาการ และข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ จึงพัฒนา CARE-MED Community Model ประกอบด้วย Check & Classify, Assess & Advise, Reminder & Routine, Engage Family & Community และ Monitoring, Evaluation & Delivery
ควรศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองต่อไป

คำสำคัญ : ความร่วมมือในการรับประทานยา, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การพยาบาลชุมชน, การสนับสนุนทางสังคม, CARE-MED Community Model

Abstract

This study examined medication adherence among patients with noncommunicable diseases (NCDs) in a community, identified factors associated with adherence, and developed a community-based model to promote appropriate medication-taking behavior. A total of 100 patients participated. Data were collected using a quantitative questionnaire together with qualitative information on medication-related experiences, barriers, family and community support, and healthcare needs, and were analyzed using descriptive statistics, correlation, multiple regression, and content analysis. Most participants were female (61.0%), aged 60–69 years (36.0%), and had completed primary education (55.0%); 40.0% had both diabetes and hypertension. Knowledge of diseases and medications was high in 58.0% of participants. Attitudes toward medication treatment, social support, and access to health services were at a high level (Mean = 3.80, 3.83, and 3.80, respectively). Medication adherence was moderate in 49.0%, high in 27.0%, and low in 24.0%. Social support had the strongest positive association with adherence ($r = .46$, $p < .001$), whereas the number of medications per day was negatively associated ($r = -.34$, $p < .001$); the predictors explained 37.0% of the variance ($R^2 = .37$). Qualitative findings identified forgetting, medication burden, concerns about adverse effects, misunderstanding when symptoms are absent, and difficulty accessing services as major barriers. The CARE-MED Community Model was developed, comprising Check & Classify, Assess & Advise, Reminder & Routine, Engage Family & Community, and Monitoring, Evaluation & Delivery. Quasi-experimental or controlled studies are recommended to evaluate its effectiveness.

Keywords: Medication Adherence, Noncommunicable Diseases, Community Nursing, Social Support, CARE-MED Community Model

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกและระดับประเทศที่ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องพึ่งพาการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลและความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (Medication Non-adherence) ทั้งการลืมรับประทานยา รับประทานไม่ครบตามขนาด หรือหยุดยาเอง

เป็นอุปสรรคสำคัญของการรักษา นำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง หรือโรคหัวใจ ซึ่งไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร
แต่ยังเพิ่มภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและชุมชน

จากการสำรวจข้อมูลสุขภาพระดับพื้นที่ ชุมชนบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมีสาเหตุจากหลายปัจจัย เช่น
การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยา การขาดผู้ดูแลใกล้ชิด ข้อจำกัดด้านอายุและสภาพร่างกาย และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมเฉพาะพื้นที่ แม้หน่วยงานสาธารณสุขจะมีมาตรการดูแลอย่างต่อเนื่อง
แต่แนวทางส่งเสริมการรับประทานยาส่วนใหญ่ยังเป็นแบบสั่งการจากบนลงล่าง (Top-down)
ซึ่งขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว และภาคีเครือข่ายท้องถิ่นอย่างแท้จริง

ในด้านวิชาการ แม้มีงานวิจัยด้านการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสะสมจำนวนมาก แต่หลักฐานเดิมชี้ว่าการทดลองแทรกแซงที่เพิ่มขึ้นตลอดสองทศวรรษยังให้ประสิทธิผลจำกัดและสรุปไม่ชัดเจน (Horne et al., 2019; Thúy et al., 2026)
การวัดความร่วมมือที่หลากหลายและไม่สอดคล้องกันทำให้เปรียบเทียบผลระหว่างการศึกษาได้ยาก (Berardinelli et al., 2024; Horne et al., 2019)
และความเสี่ยงต่ออคติในการศึกษาจำนวนมากเป็นอุปสรรคต่อการสรุปผล (Al-Arkee & Al-Ani, 2023; Mackridge et al., 2025) ช่องว่างที่ชัดเจนที่สุดคือการขาดการศึกษาในผู้ป่วยที่มีหลายโรคร่วม (multimorbidity) ทั้งที่ความซับซ้อนของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ
และเครื่องมือวัดความร่วมมือมักออกแบบสำหรับโรคเดียว (Berardinelli et al., 2024)
ขณะที่รูปแบบกลุ่มชุมชนที่ประสบความสำเร็จใน HIV/AIDS ยังไม่ได้รับการประเมินในผู้ป่วย NCDs อย่างเพียงพอ (Kwon et al., 2021)

ด้านการวัดและวิธีวิจัย การใช้การรายงานด้วยตนเอง (self-report) เป็นวิธีวัดหลักยังแพร่หลาย ทำให้ความตรงภายในและการนำผลไปอ้างอิงจำกัด (Kini & Ho, 2018; Tolley et al., 2023)
โมเดลพยากรณ์ความเสี่ยงการไม่รับประทานยาที่พัฒนาขึ้นมีความเสี่ยงต่ออคติสูงและยังขาดการตรวจสอบภายนอก (Xu et al., 2024) ด้านบริบท หลักฐานส่วนใหญ่มาจากประเทศรายได้สูง
ขาดการประเมินในประเทศรายได้ต่ำและปานกลางที่มีภาระโรคสูง (Newman et al., 2018; Tolley et al., 2023) และยังไม่ชัดเจนว่าส่วนประกอบใดของการแทรกแซงมีประสิทธิผลสูงสุด
เนื่องจากเนื้อหาและวิธีส่งมอบมีความหลากหลาย (Al-Arkee & Al-Ani, 2023; Milosavljevic et al., 2018)

สำหรับโมเดลและกรอบแนวคิดที่มีอยู่ PAPA (Perceptions and Practicalities Approach) เน้นแรงจูงใจและความสามารถของผู้ป่วยรายบุคคล
แต่ยังไม่ครอบคลุมปัจจัยระดับระบบสุขภาพและสิ่งแวดล้อม (Horne et al., 2019; Peh et al., 2021)
โมเดล CMO-MAPEX ที่รวมความสามารถ แรงจูงใจ

และโอกาสไว้ในโครงสร้างเดียวยังขาดการทดสอบในชุมชนเชิงประจักษ์ (Morillo-Verdugo et al., 2026) Health Ecology Model ครอบคลุมปัจจัยหลายระดับ
แต่เป็นการวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางและยังไม่ถูกนำไปออกแบบการแทรกแซง (Yang et al., 2025) กรอบแนวคิดที่ปรับได้จากการทบทวน 102 โมเดลยังไม่มีการทดสอบการใช้จริง (Peh et al., 2021) และชุดเครื่องมือตามทฤษฎีพฤติกรรมสำหรับเภสัชกรชุมชนยังอยู่ในขั้นเตรียมการทดลอง (Okuyan et al., 2025)

ดังนั้น
การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชนบ้านหนองแวงจึงมีความจำเป็น โดยอาศัยพลังของชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) แกนนำครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข
ร่วมกันออกแบบแนวทางสนับสนุนเชิงพฤติกรรมและระบบติดตาม
ผลการศึกษาคาดว่าจะเป็นองค์ความรู้และต้นแบบสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ใกล้เคียงของจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ปัญหา
   และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนบ้านหนองแวง
2.
   เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชนบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ

สมมติฐาน

1.ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาในระดับสูง มีความร่วมมือในการรับประทานยาสูงกว่าผู้ป่วยที่มีความรู้ในระดับต่ำ

2.ทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

3.การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ชุมชน และบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

4.การเข้าถึงบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

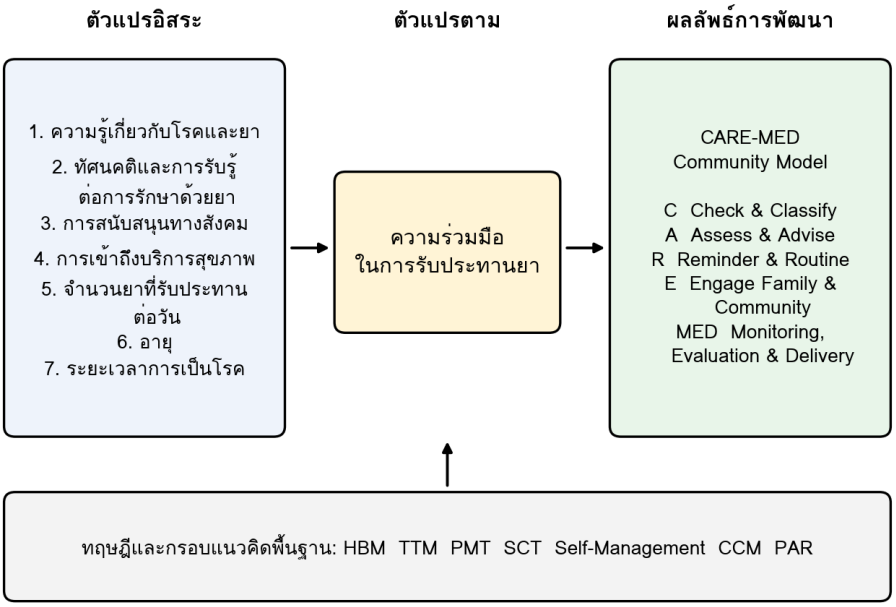
5.จำนวนยาที่ต้องรับประทานต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้ทฤษฎีและกรอบแนวคิดหลายระดับเพื่อรองรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในชุมชน ได้แก่ 1) ระดับบุคคล ประกอบด้วย แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่อธิบายพฤติกรรมผ่านการรับรู้ความเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรค ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Model: TTM) ที่มองการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะ และทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) ที่เน้นการประเมินภัยคุกคามและการเผชิญปัญหาร่วมกับสมรรถนะแห่งตน 2) ระดับระหว่างบุคคลและชุมชน ประกอบด้วย ทฤษฎีปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory: SCT) ที่เน้นสมรรถนะแห่งตนและการเรียนรู้จากการสังเกต เช่น การใช้ อสม. หรือแกนนำผู้ป่วยเป็นต้นแบบ และทฤษฎีการจัดการตนเอง (Self-Management Theory) เช่น ระบบจัดยาและสมุดบันทึกการรับประทานยา และ 3) ระดับระบบ ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model: CCM) ที่เชื่อมโยงชุมชนกับระบบบริการ และกระบวนการวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ที่ใช้วงจรวางแผน ปฏิบัติ สังเกตการณ์ และสะท้อนคิด

ผู้วิจัยสังเคราะห์ทฤษฎีข้างต้นเป็นแบบจำลองเชิงบูรณาการ I-SMART Medication Adherence Model 4 ระยะ ได้แก่ 1) ประเมินความพร้อมและสร้างแรงจูงใจ (HBM, PMT และ TTM) 2) พัฒนาทักษะและการจัดการตนเอง (Self-Management และ SCT) 3) เสริมพลังทางสังคมและระบบสนับสนุน (SCT และ CCM) และ 4) ปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเชิงระบบ (PAR) โดยมี PAR เป็นกลไกขับเคลื่อนวงรอบและ CCM เป็นโครงสร้างรองรับระบบบริการ ตัวแปรที่ศึกษาประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา ทัศนคติและการรับรู้ต่อการรักษาด้วยยา

การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวนยาต่อวัน อายุ และระยะเวลาการเป็นโรค ซึ่งนำไปสู่การพัฒนา CARE-MED Community Model ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม และออกแบบให้ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design) บทความนี้นำเสนอผลการวิจัยระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ ปัญหา ปัจจัย และการพัฒนารูปแบบ CARE-MED

ผู้เข้าร่วมการวิจัย

ประชากรคือผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านหนองแวง ตำบลโพนเขวา อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 100 คน คัดเลือกแบบครบทั้งประชากร จึงเรียกว่า “ผู้เข้าร่วมการวิจัย” เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและ/หรือโรคเบาหวาน 2) มีรายชื่อรับบริการหรือรับยาต่อเนื่องในหน่วยบริการที่รับผิดชอบพื้นที่ 3) อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านหนองแวงตลอดระยะเวลาวิจัย 4) อายุ 18 ปีขึ้นไป และ 5) สื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ 2)

มีภาวะบกพร่องทางการรับรู้รุนแรงและไม่มีผู้ดูแลที่สามารถให้ข้อมูลหรือร่วมดูแลได้ และ 3) ย้ายออกจากพื้นที่หรือขอถอนตัวระหว่างดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก (เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว โรคร่วม และจำนวนยาที่รับประทาน) 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและยา 5 ข้อ ตอบ ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ 3) แบบสอบถามทัศนคติและการรับรู้ต่อการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ใช้มาตราส่วน 5 ระดับ 4) แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ข้อ 1–7 ตอบ ใช่/ไม่ใช่ และข้อ 8 เป็นความถี่ของปัญหาการจดจำ อ้างอิงเครื่องมือ MMAS-8 5) แบบประเมินการนับเม็ดยา 6) แบบบันทึกผลทางคลินิก (ความดันโลหิต FBS และ HbA1c) 7) แนวคำถามสัมภาษณ์/สนทนากลุ่มผู้ป่วย ญาติ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข และ 8) รูปแบบ CARE-MED ซึ่งเป็นกิจกรรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา 5 องค์ประกอบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 3 คน กำหนดเกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ทดลองใช้เครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับผู้เข้าร่วมวิจัยประมาณ 30 คน และกำหนดเกณฑ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคไม่น้อยกว่า .70

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการ โดยศึกษาข้อมูลจากทะเบียนและเวชระเบียน เก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา สัมภาษณ์หรือสนทนากลุ่มผู้ป่วย ญาติ อสม. และบุคลากรสาธารณสุข แล้วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยสนับสนุน และความต้องการในการดูแล ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ CARE-MED โดยนำผลระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ร่วมกับภาคีเครือข่าย ยกร่างรูปแบบและคู่มือการดำเนินงาน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้อง และปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผล โดยดำเนินกิจกรรม CARE-MED เป็นเวลา 12 สัปดาห์ ติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และประเมินผลหลังใช้รูปแบบ ซึ่งยังไม่รายงานในบทความนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ส่วนการเปรียบเทียบคะแนนก่อน–หลังในระยะที่ 3 กำหนดใช้ Paired t-test หรือ Wilcoxon Signed-Ranks Test ตามลักษณะการแจกแจงของข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ก่อนเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ประโยชน์ ความเสี่ยง การรักษาความลับ
และสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวได้ทุกเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาพยาบาล

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับ ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา ทัศนคติและการรับรู้ต่อการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความร่วมมือในการรับประทานยา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา ข้อมูลเชิงคุณภาพ และรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิกของผู้เข้าร่วมการวิจัย (n = 100)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	39	39.0
หญิง	61	61.0
อายุ		
40–49 ปี	12	12.0
50–59 ปี	27	27.0
60–69 ปี	36	36.0
70 ปีขึ้นไป	25	25.0
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	8.0
ประถมศึกษา	55	55.0
มัธยมศึกษา	25	25.0
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	12.0
อาชีพหลัก		
เกษตรกรรม	38	38.0
รับจ้าง	19	19.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	12	12.0
รับราชการ/บำนาญ	10	10.0
แม่บ้าน/ไม่ได้ทำงาน	21	21.0
โรคเรื้อรัง		

ความดันโลหิตสูง	35	35.0
เบาหวาน	25	25.0
เป็นทั้ง 2 โรค	40	40.0
ระยะเวลาที่เป็นโรค		
น้อยกว่า 5 ปี	24	24.0
5–9 ปี	39	39.0
10 ปีขึ้นไป	37	37.0
จำนวนยาต่อวัน		
1–3 เม็ด	29	29.0
4–6 เม็ด	48	48.0
7 เม็ดขึ้นไป	23	23.0
ผู้ช่วยจัดยา/เตือนยา		
ตนเอง	44	44.0
คู่สมรส	18	18.0
บุตร/หลาน	27	27.0
อสม./เพื่อนบ้าน	8	8.0
อื่น ๆ	3	3.0

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.0 อยู่ในช่วงอายุ 60–69 ปี ร้อยละ 36.0 รองลงมาคืออายุ 70 ปีขึ้นไป ร้อยละ 25.0 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 55.0 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.0 และเป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ร้อยละ 40.0

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา และความร่วมมือในการรับประทานยา

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคและยา และระดับความร่วมมือในการรับประทานยา (n = 100)

ระดับ	เกณฑ์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา			
สูง	คะแนน 4–5	58	58.0
ปานกลาง	คะแนน 3	31	31.0
ต่ำ	คะแนน 0–2	11	11.0
ความร่วมมือในการรับประทานยา			
สูง	ร่วมมือสูง	27	27.0
ปานกลาง	มีพฤติกรรมไม่สม่ำเสมอบางส่วน	49	49.0
ต่ำ	มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือชัดเจน	24	24.0

ผู้เข้าร่วมการวิจัยร้อยละ 58.0 มีความรู้เกี่ยวกับโรคและยาอยู่ในระดับสูง ส่วนความร่วมมือในการรับประทานยาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 รองลงมาคือระดับสูง

ร้อยละ 27.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 24.0
สะท้อนว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ควรได้รับการติดตามเชิงรุกมีสัดส่วนค่อนข้างมาก

3. ทัศนคติ การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตารางที่ 3 ทัศนคติและการรับรู้ต่อการรักษาด้วยยา การสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงบริการสุขภาพ (n = 100)

รายการ	Mean	SD	ระดับ
ทัศนคติและการรับรู้ต่อการรักษาด้วยยา			
สุขภาพขึ้นอยู่กับการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	4.12	0.74	มาก
ยาช่วยป้องกันโรครุนแรง/ภาวะแทรกซ้อน	4.18	0.69	มาก
กังวลผลข้างเคียงระยะยาว	3.42	0.96	ปานกลาง
การรับประทานยาทุกวันเป็นอุปสรรคต่อชีวิตประจำวัน	3.21	1.02	ปานกลาง
เชื่อว่ายาแผนปัจจุบันปลอดภัยและได้ผล	4.05	0.77	มาก
รวม	**3.80**	**0.62**	**มาก**
การสนับสนุนทางสังคม			
ครอบครัว	3.94	0.71	มาก
ชุมชนและระบบสุขภาพ	3.71	0.76	มาก
รวม	**3.83**	**0.66**	**มาก**
การเข้าถึงบริการสุขภาพ			
เดินทางไปรับยาที่สถานบริการใกล้บ้านได้สะดวก	4.01	0.78	มาก
ระยะเวลารอรับบริการและรับยาเหมาะสม	3.72	0.91	มาก
เจ้าหน้าที่มีเวลาให้คำปรึกษาเรื่องยาเพียงพอ	3.68	0.88	มาก
รวม	**3.80**	**0.73**	**มาก**

โดยรวมผู้เข้าร่วมการวิจัยมีทัศนคติและการรับรู้ต่อการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.80, SD = 0.62) โดยเห็นความสำคัญของยาและเชื่อว่ายาช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน แต่ยังมีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงและความยุ่งยากในการรับประทานยาทุกวัน การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.83, SD = 0.66) โดยการสนับสนุนจากครอบครัวสูงกว่าจากชุมชนและระบบสุขภาพเล็กน้อย และการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.80, SD = 0.73)

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยา

ตารางที่ 4 สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับความร่วมมือในการรับประทานยา

ตัวแปร	r	p-value	การแปลผล
การสนับสนุนทางสังคม	.46	< .001	สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา	.38	< .001	สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา	.31	< .01	สัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ–ปานกลาง

การเข้าถึงบริการ	.29	.003	สัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
จำนวนยาต่อวัน	-.34	< .001	สัมพันธ์ทางลบ

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยามากที่สุด รองลงมาคือทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา ความรู้ และการเข้าถึงบริการ ขณะที่จำนวนยาที่ต้องรับประทานต่อวันมีความสัมพันธ์ในทิศทางตรงกันข้าม

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของตัวแปรพยากรณ์ความร่วมมือในการรับประทานยา

ตัวแปรพยากรณ์	β	SE	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	0.31	0.07	< .001
ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา	0.24	0.08	.003
ความรู้เกี่ยวกับโรคและยา	0.18	0.06	.006
การเข้าถึงบริการ	0.15	0.06	.014
จำนวนยาต่อวัน	-0.19	0.05	.001

ตัวแปรพยากรณ์ทั้งหมดอธิบายความแปรปรวนของความร่วมมือในการรับประทานยาได้ร้อยละ 37.0 (R^2 = .37) โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์เชิงบวกที่เด่นที่สุด ขณะที่จำนวนยาต่อวันเป็นตัวพยากรณ์ในทิศทางลบ

5. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลเชิงคุณภาพสำรวจ 3 ประเด็น ได้แก่ ประสบการณ์และอุปสรรคในการใช้ยา บทบาทของครอบครัว อสม. และชุมชน และความต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาลชุมชน อสม. หรือระบบบริการสุขภาพ ผลการวิเคราะห์สรุปเป็น 5 ประเด็นหลัก ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ประเด็นหลักจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ประเด็นหลัก	ประเด็นย่อยที่พบ	ความหมาย
1. การลืมและความยุ่งยาก	ลืมเวลา ยาหลายชนิด ตารางชีวิตไม่แน่นอน	ต้องการเครื่องมือเตือนและจัดยา
2. ความเชื่อและความเข้าใจ	ไม่มีอาการจึงคิดว่าไม่ต้องกินยา กังวลผลข้างเคียง	ต้องการคำอธิบายที่เข้าใจง่ายและต่อเนื่อง
3. ครอบครัว	ช่วยเตือน จัดยา พาไปรับยา	ครอบครัวเป็นแรงเสริมสำคัญ
4. อสม. และบุคลากรสุขภาพ	เยี่ยมบ้าน ติดตาม และตอบข้อสงสัย	การติดตามเชิงรุกช่วยลดปัญหาการขาดยา
5. การเข้าถึงบริการ	เดินทางและรอรับยา	ต้องการบริการใกล้บ้านและระบบติดตามต่อเนื่อง

6. รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

จากผลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยพัฒนา “CARE-MED Community Model” ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 องค์ประกอบของ CARE-MED Community Model

องค์ประกอบ	กิจกรรมหลัก	ผู้รับผิดชอบ
C – Check & Classify	คัดกรองระดับความร่วมมือและปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล	พยาบาล/ทีมสุขภาพ
A – Assess & Advise	ประเมินความรู้ ความเชื่อ อุปสรรค และให้คำปรึกษาเฉพาะราย	พยาบาล/เภสัชกร
R – Reminder & Routine	จัดตารางยา กล่องยา ป้ายเตือน โทร/LINE เตือนตามความเหมาะสม	พยาบาล/อสม./ครอบครัว
E – Engage Family & Community	สร้างผู้ดูแลร่วม ครอบครัว อสม. และเครือข่ายชุมชน	ทีมสุขภาพ/ครอบครัว/อสม.
MED – Monitoring, Evaluation & Delivery	ติดตามการใช้ยา นัดหมาย การขาดยา และประเมินผลต่อเนื่อง	พยาบาล/หน่วยบริการ

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง โดยการสนับสนุนทางสังคม ทัศนคติต่อการรักษาด้วยยา ความรู้ และการเข้าถึงบริการมีความสัมพันธ์ทางบวก ขณะที่จำนวนยาต่อวันมีความสัมพันธ์ทางลบ และได้พัฒนา CARE-MED Community Model จากผลดังกล่าว โดยมีประเด็นอภิปราย ดังนี้

1) ความรู้และทัศนคติต่อการใช้ยา

ผลการวิจัยพบว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรับประทานยา อธิบายได้ว่าผู้ป่วยที่เข้าใจเหตุผลของการใช้ยาและตระหนักถึงประโยชน์ของการรักษามีแนวโน้มปฏิบัติตามแผนการรักษามากกว่า อย่างไรก็ตาม การมีความรู้เพียงอย่างเดียวไม่จำเป็นต้องทำให้เกิดพฤติกรรมที่สม่ำเสมอ เพราะยังมีอุปสรรคด้านการลืม ภาระยา และบริบทครอบครัว

2) การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวพยากรณ์ที่สำคัญที่สุด สอดคล้องกับแนวทางการดูแลในชุมชนที่เน้นบทบาทของ อสม. หรือบุคลากรสุขภาพชุมชน (community health worker: CHW) การเยี่ยมบ้าน และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (peer support) (Newman et al., 2018) ซึ่งการติดตามต่อเนื่องในชุมชนมีหลักฐานสนับสนุนต่อความร่วมมือในการใช้ยาและผลลัพธ์ทางสุขภาพ

3) การเข้าถึงบริการ การเดินทาง ระยะเวลารอรับบริการ และเวลาที่บุคลากรใช้ให้คำปรึกษาเป็นองค์ประกอบที่ควรนำมาพิจารณาในการออกแบบรูปแบบ เนื่องจากการเข้าถึงบริการที่ดีช่วยลดโอกาสขาดยาและเพิ่มโอกาสได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง

4) จำนวนยาต่อวัน ความสัมพันธ์ทางลบที่พบสอดคล้องกับหลักการที่ว่าความซับซ้อนของสูตรยา (regimen) เพิ่มภาระในการจัดการยา โดยเฉพาะในผู้สูงอายุและผู้ที่มีหลายโรคร่วม ซึ่งเป็นกลุ่มที่ควรเพิ่มการติดตามต่อเนื่อง การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

5) รูปแบบ CARE-MED รูปแบบที่เสนอเน้นการจัดบริการให้เหมาะกับลักษณะอุปสรรคเฉพาะของผู้ป่วย (barrier profile) ซึ่งสอดคล้องกับช่องว่างการวิจัยที่ระบุว่ารูปแบบใหม่ควรคัดกรองอุปสรรคแล้วจับคู่การแทรกแซงให้เหมาะสมกับรายบุคคล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการปฐมภูมิควรคัดกรองความร่วมมือในการรับประทานยาเป็นระยะ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ผู้ที่รับประทานยาหลายชนิด และผู้ที่มีหลายโรคร่วม
2) พยาบาลชุมชนควรใช้การให้คำปรึกษาเฉพาะราย เน้นเหตุผลของการใช้ยา การจัดการเมื่อเกิดอาการไม่พึงประสงค์ และการปฏิบัติเมื่อหลงลืมยา
3) ควรจัดระบบเตือนยาและติดตามต่อเนื่อง เช่น กล่องยา ตารางยา โทรศัพท์ หรือระบบสื่อสารที่เหมาะกับผู้ป่วย
4) ควรให้ครอบครัวและ อสม. มีบทบาทในการเตือนยา เยี่ยมบ้าน ประเมินอุปสรรค และเชื่อมต่อผู้ป่วยกับหน่วยบริการ
5) ควรบูรณาการการติดตามการรับยาและการประเมินความร่วมมือเข้ากับงานคลินิก NCD และงานเยี่ยมบ้านเดิม เพื่อลดภาระงานซ้ำซ้อน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรทดลองใช้ CARE-MED Community Model ด้วยการวิจัยกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม (cluster randomized trial) และวัดก่อน–หลังอย่างน้อย 3–6 เดือน
2) ควรใช้ตัวชี้วัดความร่วมมือจากหลายแหล่งร่วมกัน เช่น self-report การนับเม็ดยา อัตราการรับยาซ้ำ (refill/PDC) หรือข้อมูลการรับยา เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ
3) ควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์และความเป็นไปได้ในการขยายรูปแบบสู่หลายชุมชน
4) ควรออกแบบการแทรกแซงให้แตกต่างตามลักษณะอุปสรรคของผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยหลายโรคร่วม ผู้ที่มีปัญหาความจำ และผู้ที่เข้าถึงบริการลำบาก
5) ควรติดตามผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น ความดันโลหิต HbA1c และการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคู่กับตัวชี้วัดความร่วมมือในการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

Al-Arkee, S., & Al-Ani, O. (2023). Community pharmacist-led interventions to improve medication adherence in patients with cardiovascular disease: A systematic

review of randomised controlled trials. *The International Journal of Pharmacy Practice*. https://doi.org/10.1093/ijpp/riad013

Berardinelli, D., Conti, A., Hasnaoui, A., Casabona, E., Martin, B., Campagna, S., & Dimonte, V. (2024). Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: A systematic review. *Healthcare, 12*. https://doi.org/10.3390/healthcare12232337

Horne, R., Cooper, V., Wileman, V., & Chan, A. (2019). Supporting adherence to medicines for long-term conditions: A perceptions and practicalities approach based on an extended common-sense model. *European Psychologist, 24*, 82–96. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000353

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

Kwon, C., Webster, R., Santo, K., & Atkins, E. (2021). Community group-based models of medication delivery: Applicability to cardiovascular diseases. *Global Heart, 16*. https://doi.org/10.5334/gh.763

Mackridge, A., Wood, E. M., & Hughes, D. A. (2025). Improving medication adherence in the community: A purposive umbrella review of effective patient-directed interventions that are readily implementable in the United Kingdom National Health Service. *International Journal of Clinical Pharmacy, 47*, 640–653. https://doi.org/10.1007/s11096-025-01885-4

Milosavljevic, A., Aspden, T. J., & Harrison, J. (2018). Community pharmacist-led interventions and their impact on patients' medication adherence and other health outcomes: A systematic review. *International Journal of Pharmacy Practice, 26*. https://doi.org/10.1111/ijpp.12462

Morillo-Verdugo, R., Ibarra-Barrueta, O., Conde, M. M., Vicente-Escrig, E., & Contreras Macías, E. (2026). A multidimensional framework for pharmaceutical care to enhance medication adherence and patient engagement: The CMO–MAPEX model. *Patient Preference and Adherence, 20*. https://doi.org/10.2147/ppa.s591288

Newman, P., Franke, M., Arrieta, J., Carrasco, H., Elliott, P., Flores, H. A., … Palazuelos, D. (2018). Community health workers improve disease control and medication adherence among patients with diabetes and/or hypertension in Chiapas, Mexico:

An observational stepped-wedge study. *BMJ Global Health, 3*. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000566

Okuyan, B., Ay, P., Sancar, M., Ozcan, V., Durak-Albayrak, O., Turker, M., Uney, A., & Voils, C. (2025). Development of a behavioural theory-based New Medicine Service toolkit for community pharmacists to promote medication adherence. *International Journal of Clinical Pharmacy, 47*, 1794–1811. https://doi.org/10.1007/s11096-025-01959-3

Peh, K. Q. E., Kwan, Y., Goh, H., Ramchandani, H., Phang, J. K., Lim, Z., ... Thumboo, J. (2021). An adaptable framework for factors contributing to medication adherence: Results from a systematic review of 102 conceptual frameworks. *Journal of General Internal Medicine, 36*, 2784–2795. https://doi.org/10.1007/s11606-021-06648-1

Thúy, L. T., Hoai, N., & Mai, D. T. T. (2026). Updating interventions to enhance medication adherence among community-dwelling older adults with chronic diseases: A systematic review. *Home Healthcare Now, 44*(1), 40–51. https://doi.org/10.1097/nhh.0000000000001405

Tolley, A., Hassan, R., Sanghera, R., Grewal, K., Kong, R., Sodhi, B., & Basu, S. (2023). Interventions to promote medication adherence for chronic diseases in India: A systematic review. *Frontiers in Public Health, 11*. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1194919

Xu, J., Zhao, X., Li, F., Xiao, Y., & Li, K. (2024). Prediction models of medication adherence in chronic disease patients: Systematic review and critical appraisal. *Journal of Clinical Nursing*. https://doi.org/10.1111/jocn.17577

Yang, L., Wu, Y., Gu, Z., Cao, Q., Zhang, Z., & He, Y. (2025). Multilevel determinants of medication adherence among Chinese patients with chronic diseases: An ecological analysis based on the health ecology model. *International Journal of Clinical Pharmacy, 48*, 751–763. https://doi.org/10.1007/ -025-02064-1