

ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ*

Effect of Home Health Care in Hypertensive Patients by Multidisciplinary Team

พุทธรชาติ มากชุมนุญ (Puttachart Makchumnum)**

นลินี พูลทรัพย์ (Nalinee Poolsup)***

ทิพาพร พงษ์เมษา (Tipaporn Pongmesa)***

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ป่วยจำนวน 73 คน ได้รับการจัดเข้ากลุ่มโดยวิธีสุ่ม ให้อยู่ในกลุ่มศึกษา (36 คน) หรือกลุ่มควบคุม (37 คน) กลุ่มศึกษาได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้ง ทุก 4-8 สัปดาห์ และได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น การศึกษานี้มีระยะเวลา 12 เดือน ผลลัพธ์ที่วัดคือ สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดด้วยแบบประเมิน modified Morisky Medication Adherence Scale 8-item (modified MMAS-8) และการนับเม็ดยา และคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยแบบประเมิน EuroQoL-5D-3L (EQ-5D-3L) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ independent t-test, Mann-Whitney U Test และ Chi-square test

ผลการศึกษา พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.22 ± 1.20 คะแนน เทียบกับ 5.16 ± 1.01 คะแนน, $p\text{-value} < 0.001$) ผลการนับเม็ดยา พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตแยกตามมิติสุขภาพและที่วัดจาก EQ visual analogue scale (EQ VAS) ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นมิติด้านการเคลื่อนไหวและความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย ($p\text{-value} = 0.025$ และ 0.001 ตามลำดับ) ส่วนคะแนนอรรถประโยชน์ในกลุ่มศึกษา (0.86 ± 0.10) มากกว่ากลุ่มควบคุม (0.74 ± 0.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.009$) สรุป

* เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยศิลปากร
Partial fulfillment of the requirement for the Degree Master of Pharmacy Program in Clinical Pharmacy, Silpakorn University.

** นักศึกษาหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก email: zuagainni@hotmail.com

Student of the Degree Master of Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

*** ภาควิชาเภสัชกรรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

Department of Pharmacy, Faculty of Pharmacy, Silpakorn University

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน โรคความดันโลหิตสูง ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of home health care on hypertensive patients by a multidisciplinary team from Bannasan Hospital, Bannasan District, Surat Thani Province. Seventy-three patients were randomly allocated to a study group (n=36) or a control group (n=37). The study group received 3 visits of home health care every 4-8 weeks in addition to usual pharmaceutical care service provided at the hospital, while the control group received only the usual pharmaceutical care service at the hospital. The total study duration was 12 months. The proportions of patients whose blood pressure control was within target, medication adherence as measured by modified Morisky Medication Adherence Scale 8-item (modified MMAS-8) and pill count, and quality of life as measured by EuroQol-5D-3L (EQ-5D-3L) were evaluated at baseline and the end of the study. Statistics used to analyze the data were independent t-test, Mann –Whitney U test, and Chi-square test.

The results showed no significant differences in the proportion of patients whose blood pressure control was within target between the two groups. Medication adherence significantly improved in the study group compared to the control group (6.22 ± 1.20 vs. 5.16 ± 1.01 , p-value < 0.001). The results from pill count showed no significant difference between the two groups. The health profiles as measured by EQ-5D and EQ visual analogue scale (EQ VAS) were not statistically different between the two groups in any of the dimensions, except for mobility and pain/discomfort, whereas the EQ-5D utility score in the study group (0.86 ± 0.10) was higher than that in the control group (0.74 ± 0.21) (p-value = 0.009). This showed that home health care by the multidisciplinary team could help hypertensive patients to have better drug adherence and achieve a better quality of life.

Keyword : home health care, hypertension, medication adherence, quality of life

บทนำ

องค์การอนามัยโลก รายงานเมื่อปี พ.ศ. 2554 ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนสูงถึงหนึ่งพันล้านคน ซึ่งสองในสามของผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (Hypertension fact sheet, 2011) และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (สถิตินโยบาย, 2012) พบว่าในปี พ.ศ.2554 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน 3,664 คน นอกจากนี้สถานการณ์ผู้ป่วยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2544 และปี พ.ศ.2554 พบว่า อัตราผู้ป่วยต่อประชากรหนึ่งแสนคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น 5 เท่า ซึ่งร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงแบบไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension) (Kearney PM, et al., 2005: 217-223) และเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอาการแสดงออกไม่แน่นอน เช่น บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะบางเวลาแล้วหายไป ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยมักหยุดการรักษาไปภายในปีแรกของการรักษาและจะมารักษาต่ออีกครั้งเมื่อเริ่มมีอาการของภาวะโรคแทรกซ้อนที่อวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ และไต ซึ่งเมื่อมีภาวะของโรคร่วมมีการใช้ยาหลายรายการ และต้องรักษาต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้โอกาสพบปัญหาเกี่ยวกับยา (drug-related problems) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการใช้ยาระยะยาว เกิดความเสี่ยงจากการใช้ยา ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยา หรือปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (WHO, 2013) เนื่องจากเภสัชกรมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านยาเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการติดตามแก้ไขปัญหามาจากการใช้ยาของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ลดหรือป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา ตลอดจนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย วิธีเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีหลายวิธีแต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด และอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน (สุกัญลินี ปริชากุล, 2544: 2-18) ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมแพทย์ เภสัชกรและพยาบาลในสหรัฐอเมริกา (ปีทมาวดี ช่างเพชร, 2558: 53) ได้แนะนำว่าควรจัดให้เภสัชกรทำงานร่วมกับแพทย์และพยาบาล โดยเชื่อว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องเหมาะสมที่สุด และช่วยลดความเสี่ยงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ สำหรับแนวคิดการทำงานเชิงรุกของเภสัชกรในการไปเยี่ยมบ้าน และดูแลเรื่องการใช้ยาให้ผู้ป่วยที่บ้านได้รับการตอบรับดี มีการสำรวจพบว่าผู้ป่วยมียาเหลือใช้เป็นจำนวนมากที่บ้าน ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยหากเป็นสาเหตุจากการสั่งยาซ้ำซ้อน เภสัชกรที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกของหลายโรงพยาบาลได้ช่วยแก้ไขปัญหานี้ให้ลุล่วงไปได้ ส่งผลให้ช่วยประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลอย่างเห็นได้ชัด (ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม และปรีชา มณฑานติกุล, 2556: 5-19) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาจากการใช้ยาด้วยสาเหตุต่างๆ กัน ทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรือไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งเภสัชกรจะต้องทำงานเชิงรุกเพื่อไปให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการใช้ยาอย่างถูกต้อง แม้กระนั้นปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายยังคงมีอยู่และเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกร การช่วยเหลือแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและการรักษา ตลอดจนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายการ

รักษา สามารถลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ สำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาล บ้านนาสารที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ยังไม่ได้รับการเยี่ยมบ้านในรูปแบบที่ชัดเจน จะเน้นให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นหลักเพื่อติดตามอาการจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้ จึงจะส่งต่อไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ต้องเพิ่มชนิดหรือขนาดยา มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะเร่งรัดให้เกิดการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานีขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกร
2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

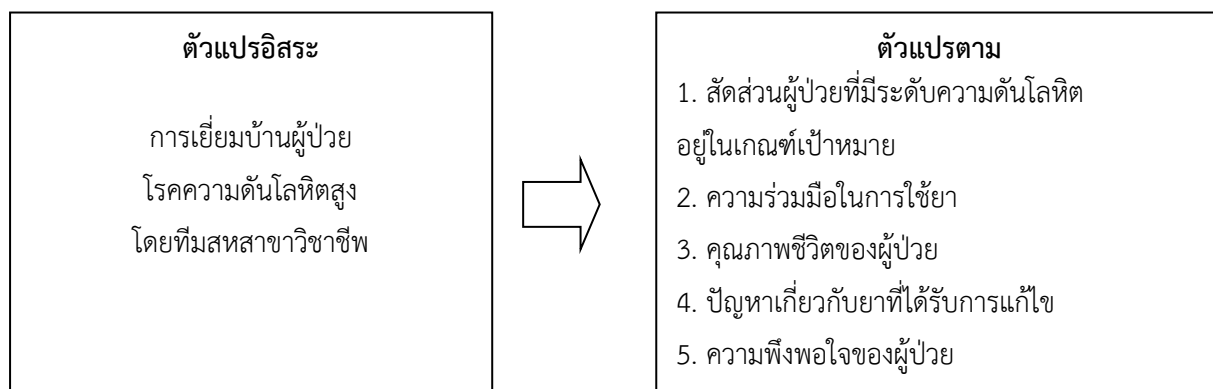
ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตัวแปรตาม

1. สัดส่วนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย
2. ความร่วมมือในการใช้ยา
3. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
4. ปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไข
5. ความพึงพอใจของผู้ป่วย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ขอบเขตการศึกษา

งานวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการส่งตามวิธีส่งที่ได้กำหนดไว้ โดยทำการวิจัยในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2556 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2557

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในงานวิจัยนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและมารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร โดยผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ มีค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอทแต่น้อยกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท (อ้างอิงจากเกณฑ์ของ JNC 7 จัดเป็น Stage 1 hypertension) (Hunt J.S., et al., 2008: 1966-1972)

2. ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไต เรื้อรัง ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ความดันโลหิต น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท (James P.A., et al., 2014: 4-7)

3. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์แนะนำให้ โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษา ในงานวิจัยนี้ หมายถึง ความร่วมมือในการใช้ยาจากการวัด 2 วิธี คือ

3.1 สัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยา modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS-8) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย แปลโดยศุภิพร สร้อยแก้ว (2553: 5-6) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ เกี่ยวกับความผิดพลาดของขนาดและเวลารับประทานยา การหยุดรับประทานยา และการลืมรับประทานยา (ประทุม สุภชัยพานิชพงศ์ และคณะ, 2557: 3-4)

3.2 ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งคำนวณจากการนับเม็ดยาที่เหลือร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา = $[(\text{จำนวนยาที่ใช้จริง}) / \text{จำนวนยาที่ควรใช้}] \times 100$ โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่า ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา น้อยกว่า ร้อยละ 80 ถือว่า มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

4. ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลบ้านนาสาร ซึ่งประกอบด้วย แพทย์เป็นหัวหน้าทีม มีหน้าที่ตรวจวินิจฉัยรักษาอาการและอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย เภสัชกรมีหน้าที่ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย รวมทั้งค้นหาและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้ยา พยาบาล/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่ดูแลให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วย นักการแพทย์แผนไทย/นักกายภาพบำบัด มีหน้าที่ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและกายภาพบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค

5. การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหา ประเมิน วิเคราะห์และหาแนวทางการแก้ไขปัญหการใช้ยาแบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วย

6. คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของบุคคลในด้านอารมณ์ สังคม ความคิดและจิตใจ ซึ่งรวมเอาทุกด้านของชีวิตมนุษย์ไว้หมด ถ้าสภาพความเป็นอยู่ดังกล่าวของบุคคลไม่ดี ไม่น่าพอใจ แสดงว่าคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นต่ำกว่าความคาดหวัง

7. ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกในด้านบวกหรือด้านลบ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับหรือบรรลุจุดมุ่งหมายในสิ่งที่ต้องการในระดับหนึ่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย
2. เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา
3. ทราบผลกระทบจากโรคและยาที่มีต่อมิติต่างๆ ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. เป็นแนวทางพัฒนาบทบาทวิชาชีพของเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ
5. ทราบปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านและแนวทางแก้ไขปัญหา
6. ทราบความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล เปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ.2556 ถึง พฤศจิกายน พ.ศ.2557 การวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

ประชากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามเกณฑ์ต่อไปนี้

1. เกณฑ์การคัดผู้ป่วยเข้า (inclusion criteria)

1.1 ผู้ป่วยนอกอายุ 18-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (essential hypertension) ทั้งที่ไม่มีโรคร่วมและมีโรคร่วม

1.2 ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตก่อนการวิจัย เป็นเวลา 6 เดือน มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน

1.3 ผู้ป่วยที่มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อประเมินโดย modified MMAS-8 ฉบับภาษาไทย น้อยกว่า 6 คะแนนจากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

1.4 ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

1.5 ผู้ป่วยที่ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

2. เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออก (exclusion criteria)

2.1 ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

2.2 ผู้ป่วยเป็นโรคตับ

2.3 ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

2.4 ผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม

การคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับการเปรียบเทียบสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($\alpha = 0.05$; two-tailed test) และอำนาจการทดสอบ 80% ($1-\beta = 0.80$)

ขนาดตัวอย่างในการวิจัยสามารถคำนวณได้จากสูตร

$$N = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \bar{p}(1 - \bar{p})}{(P_C - P_I)^2}$$

กำหนดให้

$$Z_{\alpha} = \text{ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 95\%} = 1.96$$

$$Z_{\beta} = \text{ค่ามาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่น 80\%} = 0.84$$

$$\bar{p} = \frac{1}{2} (P_C + P_I)$$

เมื่อ P_C = สัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (0.44) (Hunt J.S., et al., 2008: 1966-1972)

P_I = สัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มศึกษาที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย (0.62) (Hunt J.S., et al., 2008: 1966-1972)

ดังนั้น $N = 60$ คน

ประมาณการว่าอาจมีผู้ป่วยออกจากการวิจัยก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 20 จึงเพิ่มขนาดผู้ป่วยอีก $60 \times 20\% = 12$ คน ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 72 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยนี้เท่ากับ 144 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. แบบประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง modified MMAS-8 ฉบับภาษาไทย จำนวน 8 ข้อ ข้อละ 1 คะแนน แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 7 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเอง 1 ข้อ โดยมีการแปลผลคะแนน ดังนี้
 - 8 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก
 - 6-7 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง
 - <6 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ
3. แบบบันทึกการนับเม็ดยา เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา
4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D-3L ฉบับภาษาไทย ซึ่งส่วนแรกเป็นการประเมินสภาวะสุขภาพใน 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตัวเอง กิจกรรมประจำวัน ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า แต่ละมิติมีตัวเลือก 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก ซึ่งสามารถนำผลการประเมินใน 5 มิติ มาคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ โดยใช้สมการที่ได้จากวิธี Time-trade-off (TTO) ในประชากรไทย ซึ่งค่าที่ได้อยู่ในช่วง 0-1 โดย 0 หมายถึง ความตาย (death) และ 1 หมายถึง สภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (full health) ส่วนที่สอง เป็น visual analogue scale (VAS) แนวตั้ง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดยคะแนน 100 หมายถึง สภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (perfect health) หรือสภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่สามารถนึกได้ และคะแนน 0 หมายถึง ความตาย (death) หรือสภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดที่สามารถนึกได้
5. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 12 คำถาม คะแนนเต็ม 5 คะแนน เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น และผ่านการทดสอบความถูกต้องของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability test) ของแบบสอบถาม โดยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

กิจกรรมของเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ได้แก่ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มศึกษาครั้งแรก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลต่อไปนี้

1. วัดความดันโลหิตที่วัดโดยพยาบาลโดยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ยี่ห้อ OMRON HEM-7221

2. ประเมินปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย โดยใช้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เวชระเบียน และสมุดประจำตัวผู้ป่วย ผู้วิจัยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยในเรื่อง วิธีใช้ยา การเก็บรักษายา และอาการไม่พึงประสงค์จากยาที่อาจจะเกิดขึ้น

3. ประเมินการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพสต.) ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยวิธีนับเม็ดยาและสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม modified MMAS-8 ฉบับภาษาไทย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 -3 ทีมสหสาขาวิชาชีพไปพบผู้ป่วยที่บ้านตามวันเวลาที่กำหนดไว้ คือ หลังจากการรับยาที่คลินิกความดันโลหิตสูง 4-8 สัปดาห์หรือนานกว่านั้นขึ้นกับวันที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ครั้งถัดไป พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดความดันโลหิตและเก็บข้อมูลการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแนะนำการใช้ยาด้วยวิธีเดียวกันกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS for Windows กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 ทดสอบการกระจายข้อมูลโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov test การวิเคราะห์ผลจะนำเสนอข้อมูลทั้งเชิงพรรณนาและการทดสอบทางสถิติ ข้อมูลเชิงพรรณนา แสดงในรูปจำนวน และร้อยละ หรือค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขึ้นกับชนิดข้อมูล

การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงของข้อมูลปกติใช้สถิติ independent t-test ถ้าข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และกรณีที่เป็นข้อมูลไม่ต่อเนื่องใช้สถิติ Chi-square test

การประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D สำหรับ EQ-5D descriptive system แสดงในรูปร้อยละของสถานะสุขภาพแต่ละระดับแยกตามมิติ และนำสถานะสุขภาพที่ได้มาคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) ส่วน EQ VAS รายงานเป็นค่า 0-100 นำเสนอข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในทุกด้านไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ยกเว้นระดับการศึกษาซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.014$) โดยมีจำนวนผู้ป่วยเริ่มต้นการศึกษา กลุ่มละ 38 คน ในระหว่างการศึกษามีผู้ป่วยสูญหาย 3 คน เนื่องจากถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น โดยเป็นผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา 2 คน ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองและไตวายเรื้อรัง และเป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 คน ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
1. เพศ			0.281 ^a
1.1 ชาย	14 (38.90)	10 (27.0)	
1.2 หญิง	22 (61.10)	27 (73.00)	
2. อายุเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (ปี) ช่วงอายุ (ปี)	55.53±8.24 35-65	56.03±5.64 44-64	0.703 ^b
3. ระดับการศึกษาสูงสุด			0.014 ^a
3.1 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	24 (66.70)	24 (64.90)	
3.2 มัธยมศึกษา	7 (19.40)	0 (0.00)	
3.3 อาชีวศึกษา- ปวช.	1 (2.80)	3 (8.10)	
3.4ปริญญาตรี	4 (11.00)	10 (27.0)	
4. ประวัติการสูบบุหรี่			0.459 ^a
4.1 สูบ	6 (16.70)	3 (8.10)	
4.2 เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	3 (8.30)	5 (13.50)	
4.3 ไม่เคยสูบ	27 (75.00)	29 (78.40)	
5.ประวัติการดื่มสุรา/แอลกอฮอล์			0.184 ^a
5.1 ดื่ม	7 (19.40)	2 (5.40)	
5.2 เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	3 (8.30)	3 (8.10)	
5.3 ไม่เคยดื่ม	26 (72.00)	32 (86.50)	
6. โรคร่วม			0.251 ^a
6.1 ไม่มี	10 (27.8)	15 (40.50)	
6.2 มี	26 (72.20)	22 (59.50)	
7. จำนวนยาเฉลี่ยที่ได้รับ±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (รายการ) ช่วงจำนวนยา (รายการ)	4.08±1.84 1-8	4.11±2.23 1-10	0.893 ^b

--	--	--	--

ใช้สถิติ ^aPearson's Chi-Square test, ^bMann-Whitney U test

2. ความดันโลหิตตามเป้าหมาย สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย เมื่อติดตามผลครั้งที่ 3 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 58.30 เทียบกับ 43.20, p-value = 0.197) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ได้	21 (58.30)	16 (43.20)	0.197
ไม่ได้	15 (41.70)	21 (56.80)	

ใช้สถิติ Pearson's chi-square test

3. **ความร่วมมือในการใช้ยา** เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.22 ± 1.20 คะแนน เทียบกับ 5.16 ± 1.01 คะแนน, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อวัดโดยใช้แบบสอบถาม modified MMAS-8

ระดับความร่วมมือ	คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ก่อนการศึกษา	4.50 ± 0.81	4.41 ± 0.83	0.624
สิ้นสุดการศึกษา	6.22 ± 1.20	5.16 ± 1.01	<0.001

ใช้สถิติ independent t-test

เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ พบว่า กลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาในการติดตามผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.032 และ 0.036 ตามลำดับ) สำหรับครั้งที่ 3 พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.756) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ

การติดตามผล	ความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ครั้งที่ 1	85.02±14.64	79.92±12.73	0.032
ครั้งที่ 2	94.11±7.98	90.27±12.73	0.036
ครั้งที่ 3	98.89±4.65	98.66±4.81	0.756

ใช้สถิติ independent t-test

4. คุณภาพชีวิต จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-3L ได้ผลดังนี้

4.1 การประเมินสถานะสุขภาพ แบ่งตามมิติ (health profiles) คุณภาพชีวิตแยกตามมิติสุขภาพของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นมิติด้านการเคลื่อนไหว และความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย (p-value = 0.025 และ 0.001 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพ แบ่งตามมิติ โดย EQ-5D-3L

มิติสุขภาพ EQ-5D ระดับความรุนแรง	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	p-value
1. ความสามารถในการเคลื่อนไหว ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง	34 (94.44) 2 (5.56)	28 (75.68) 9 (24.32)	0.025
2. การดูแลตนเอง ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง	33 (91.67) 3 (8.33)	29 (78.38) 8 (21.62)	0.113
3. การทำกิจวัตรประจำวัน ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง	34 (94.44) 2 (5.56)	32 (86.49) 5 (13.51)	0.248
4. ความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง	26 (72.22) 10 (27.78)	13 (35.14) 24 (64.86)	0.001
5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า			0.688

ไม่มีปัญหา	24 (66.67)	23 (62.16)	
มีปัญหาปานกลาง	12 (33.33)	14 (37.84)	

สถิติที่ใช้ Pearson Chi-Square

4.2 คะแนนคุณภาพชีวิตจากการวัดด้วย EQ VAS และการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ จากคะแนน EQ VAS ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า กลุ่มศึกษามีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.299) ส่วนคะแนนอรรถประโยชน์ ในกลุ่มศึกษา (0.86 ± 0.10) มากกว่ากลุ่มควบคุม (0.74 ± 0.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.009) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบ EQ VAS score และ EQ-5D utility score

การเปรียบเทียบ EQ VAS score และ EQ-5D utility score	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	p-value
EQ VAS score ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	75.06 $\pm$ 12.17	72.57 $\pm$ 7.51	0.299
EQ-5D utility score ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.86 $\pm$ 0.10	0.74 $\pm$ 0.21	0.009

ใช้สถิติ independent t-test

5. การเปรียบเทียบร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไข

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไข

ปัญหาเกี่ยวกับยา	จำนวนปัญหาที่ได้รับการแก้ไข (ร้อยละ)		
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
	คลินิกความดันโลหิตสูง	เยี่ยมบ้าน	คลินิกความดันโลหิตสูง
ความร่วมมือในการใช้ยา	17 (100)	39 (100)	18 (100)
อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา	3 (100)	0 (0)	4 (100)

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบจากคลินิกความดันโลหิตสูง มีจำนวน 20 ปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มศึกษา และ 22 ปัญหาในผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ส่วนปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบจากการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา มีจำนวน 39 ปัญหา ซึ่งสรุปปัญหาและวิธีการแก้ไข ตลอดจนผลการแก้ไขปัญหาดังนี้

5.1 ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง และการแก้ไข

ปัญหาเกี่ยวกับยา	จำนวน (ปัญหา)		วิธีการแก้ไข
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
1.ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา			
1.1. รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	3	2	แก้ไขโดยเภสัชกรให้ความรู้เกี่ยวกับ ความสำคัญของการรับประทานยาให้ สม่ำเสมอ ตรงเวลา และให้ผู้ป่วยอ่าน ฉลากยาทุกครั้งก่อนรับประทานยา ใน กรณีที่ยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้ แพทย์มีการปรับเพิ่มขนาดยาเพื่อให้ได้ เป้าหมายตามการรักษา
1.2. รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง	8	7	
1.3. ลืมรับประทานยา	5	5	
1.4. จำนวนยาไม่ครบตามวันนัด	1	4	
2. อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา กลุ่มศึกษา - มีน็ีระจากการใช้ยา amlodipine - ไอจากการใช้ยา enalapril - ใจสั่น หวิว จากการใช้ยา insulin และ glipizide กลุ่มควบคุม - เวียนศีรษะจากยา doxazocin - ไอจากการใช้ยา enalapril (2 คน) - ใจสั่น หวิวจากยา insulin และ glipizide	3	4	แก้ไขโดยเภสัชกรให้ความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวในกรณีที่เกิดอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา เช่น ในกรณีที่มี อาการเวียนศีรษะ ให้เปลี่ยนอิริยาบถ ช้าๆ เมื่อเปลี่ยนท่าทาง ในกรณีมีอาการ ใจสั่น หวิว จากรักษาโรคเบาหวาน ให้รับประทานลูกอม หรือน้ำหวาน

5.2 ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบจากการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยกลุ่มศึกษา และผลการแก้ไข มีดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่ การ
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ จำนวน 8 ปัญหา โดยมีผู้ป่วยรับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง จำนวน 5 ปัญหา
เนื่องจากแพทย์มีการเพิ่มขนาดการใช้ยาแต่ผู้ป่วยยังคงจำขนาดยาเดิมที่รับประทานในครั้งก่อน และมีผู้ป่วย
รับประทานยามากกว่าแพทย์สั่ง จำนวน 1 ปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยลืมนัดตนเองรับประทานยาแล้ว จึงรับประทาน
ยาซ้ำ

วิธีการแก้ไข และผลการแก้ไข ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจและทราบถึงเหตุผลของการปรับขนาดยา และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด ซึ่งเมื่อเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปไม่พบปัญหาดังกล่าว

2. การรับประทานยาไม่เป็นเวลาที่แน่นอน จำนวน 2 ปัญหา การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อลืมรับประทานยา จำนวน 10 ปัญหา และมีความเข้าใจว่าในกรณีที่ยังไม่ได้รับประทานอาหารไม่สามารถรับประทานยาได้ การไม่มาพบแพทย์ตามนัดทำให้ขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 3 ปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคความดันโลหิตสูงและยาที่ใช้ในการรักษา และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสายตาและไม่สามารถมารับยาตามนัดได้จึงทำให้ผู้ป่วยขาดยา นอกจากนี้ยังพบปัญหาอื่นๆ ได้แก่ การเก็บรักษายา จำนวน 2 ปัญหา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายนำยามาเปิดออกจากซองยาที่ได้จากโรงพยาบาล ทำให้เก็บยาโดยไม่มีฉลาก และรับประทานยาตามความคุ้นชิน การนำเม็ดยาทุกชนิดมารวมในซองเดียวกัน วิธีการแก้ไข และผลการแก้ไข ผู้วิจัยได้อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามฉลากยา และการเก็บรักษายาที่ถูกต้อง ซึ่งพบว่าเมื่อเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปผู้ป่วยมีการเก็บยาในซองยามากขึ้นและผู้วิจัยได้นำกล่องใส่ยาไปให้เพื่อความสะดวกในการรับประทานยา

3. ปัญหาจำนวนยาไม่ครบตามจำนวนวันที่นัดหมาย จำนวน 1 ปัญหา จากการที่ผู้ป่วยได้รับบัตรนัดที่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่ง ทำให้ขาดยา ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันหรือบ้านใกล้เคียงกันมีการยืมยาเพื่อรับประทานในกรณีที่ยาหมดก่อนวันนัดหรือในกรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด

วิธีการแก้ไข และผลการแก้ไข ผู้วิจัยแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการจัดทำปฏิทินเพื่อช่วยเตือนความจำของผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น ซึ่งเมื่อเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปไม่พบปัญหาดังกล่าว

6. ความพึงพอใจของผู้ป่วย ต่อบริการที่ได้รับจากการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก โดยคะแนนจากแบบประเมินความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 3-5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้รับความสะดวกในการรับบริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 4.39 ± 0.60 คะแนน และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) น้อยที่สุด คือ การมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ไปเยี่ยมท่านที่บ้านจะช่วยให้ท่านควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ± 0.55 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

1. การควบคุมความดันโลหิตตามเป้าหมาย พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 58.30 เทียบกับ 43.20, $p\text{-value} = 0.197$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ต้นปิชาติและคณะ (2554: 1) ที่ศึกษาการดูแลปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยนำรูปแบบการจัดการด้านยา มาให้บริการเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย โดยเน้นการให้บริการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรชุมชน จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 3-4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมอาการไม่ได้ ทั้งที่ไม่มีโรคร่วมและมีโรคร่วม และอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย คิดเป็นจำนวนร้อยละ 56.1 มีการเปลี่ยนแปลงของระดับความดันโลหิตตามเกณฑ์ของ JNC 7 จากระดับความรุนแรง stage 2 (มากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท) เปลี่ยนเป็น stage 1 (มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท) ทั้งนี้ การที่ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อาจเป็นเพราะมีปัจจัยหลายด้านที่เป็นอุปสรรค ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เช่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรซึ่งจะต้องทำงานในช่วงเช้าถึงเที่ยงทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น นอกจากนี้ในการศึกษานี้มีจำนวนผู้เข้าร่วมการศึกษาน้อยกว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ จึงอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของผลการควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ในการศึกษารั้งต่อไปควรกำหนดระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ให้อยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท เพื่อให้เห็นผลการลดลงของความดันโลหิตหลังจากการให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านได้ชัดเจนขึ้น

2. ความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า กลุ่มศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.22 ± 1.20 คะแนน และ 5.16 ± 1.01 คะแนน, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัณย์ จรุงเกียรติขจร (2548: 47-49) ซึ่งศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 65 คน โดยกลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านทุก 6 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง ผู้ป่วยในการศึกษามีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารเช้า 8 ชั่วโมง ก่อนการศึกษามากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการทำแบบสอบถามต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ระยะเวลาที่ศึกษา 6 เดือน พบว่า กลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเพิ่มขึ้น อีกทั้งการเยี่ยมบ้านเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอีกวิธีหนึ่ง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์บ่อยขึ้นทำให้เกิดความคุ้นชิน จึงกล้าที่จะเล่าปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้น ทำให้เภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงและสามารถแก้ไขปัญหาลงมือช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาจากการประเมินด้วยการนับเม็ดยาที่เหลือโดยเภสัชกร พบว่า กลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ จากการติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ($p\text{-value} = 0.032$ และ 0.036 ตามลำดับ) สำหรับการติดตามผลครั้งที่ 3 ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.756$) ซึ่งผลการศึกษาก่อนการนับเม็ดยาที่เหลือ ในการติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของศรีโรจน์ โต้วัฒนกุล และคณะ (2547: 118-129) ที่ศึกษาผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการไม่ได้ จำนวน 42 คน ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมเพื่อค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย โดยให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ครั้งที่ 1 และ 3 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และครั้งที่ 2 ที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาจากการประเมินโดยการนับเม็ดยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.71 เป็นร้อยละ 80.95 แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้การ

ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือ ได้มาจากการนับเม็ดยาและการสัมภาษณ์โดยเภสัชกร ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยไม่นำยามาด้วยหรือนำมาเพียงบางส่วน อาจทำให้ได้ผลความร่วมมือในการใช้ยาด้วยวิธีการนับเม็ดยาสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเกิดความคลาดเคลื่อนในการนับเม็ดยา ในช่วงทำการวิจัยเริ่มมีการรณรงค์ให้ผู้ป้อนำยาเดิมมาด้วยทุกครั้ง และแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการนำยาเดิมทั้งหมดมาด้วยในแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงมีความตระหนักในการนำยาเดิมมาทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล และสามารถสอบถามการใช้ยาของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

3. คุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D-3L พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาและมีปัญหาปานกลางไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่ม ในด้านการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ส่วนด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว และความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย พบว่า กลุ่มศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.025$ และ 0.001 ตามลำดับ) ซึ่งอาจเป็นเพราะในการออกเยี่ยมบ้านจะมีแพทย์แผนไทยจ่ายยาสมุนไพร หรือนัดให้ผู้ป่วยไปรับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยในกรณีที่ไม่วายหรือปวดเมื่อย และมีนักกายภาพสอนวิธีการออกกำลังกายและการทำกายภาพที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

จากการประเมินคุณภาพชีวิตเมื่อสิ้นสุดการศึกษา โดยใช้ EQ VAS พบว่ากลุ่มศึกษามีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (75.06 ± 12.17 เทียบกับ 72.57 ± 7.51 , $p\text{-value} = 0.299$) อย่างไรก็ตาม กลุ่มศึกษามีคะแนนอรรถประโยชน์สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (0.86 ± 0.10 เทียบกับ 0.74 ± 0.21 , $p\text{-value} = 0.009$) ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาและทำการวัดคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษา เพื่อให้ทราบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น

4. ปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกร เนื่องจากการศึกษานี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาและการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Neto et al (2011: 249-263) ที่ศึกษาผลของการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 55.63) เช่นเดียวกับการศึกษาของมัทนียา ภูเกสร (2552: 26-36) ที่ศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 30.9) ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการกระตุ้นผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้นและเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้พบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวมักมีปัญหาลืมรับประทานยาและความสามารถในการมองเห็นลดลง ผู้ป่วยชายส่วนใหญ่จะละเลยต่อการดูแลสุขภาพด้านพฤติกรรม การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเร่งรีบไปทำงาน ทำให้ลืมรับประทานยาหรือเข้าใจผิดว่าถ้าไม่ได้รับประทานอาหารเข้าก็รับประทานยาไม่ได้ ผู้ป่วยจึงรับประทานยาไม่ตรงเวลา รวมทั้งผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากขาดความตระหนักถึงความสำคัญของโรค ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหที่บ้านของผู้ป่วยส่วนหนึ่ง คือ การพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย การให้ความรู้และความเข้าใจทั้งเรื่องโรคการรักษา และการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานยาให้ตรงเวลาและถูกต้องตามหลักโภชนาการ การใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านทำให้เภสัชกรมี

เวลามากพอที่จะดูแลและเข้าถึงปัญหาเชิงลึกของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และสามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับยาที่บางครั้งไม่สามารถค้นพบได้ที่โรงพยาบาล เช่น การยืมยาของคนในครอบครัวมารับประทานในกรณีที่ยามหมดก่อนวันนัด และสามารถเข้าใจวิถีชีวิตที่ผู้ป่วยต้องเผชิญที่ทำให้การเข้ายาไม่ได้ผล ซึ่งจะเป็นผลดีในการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

สาเหตุที่พบปัญหาเกี่ยวกับยาจากการเยี่ยมบ้านมากกว่าที่พบในโรงพยาบาล เป็นเพราะการที่ผู้วิจัยได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไว้วางใจและกล้าเล่าปัญหาให้ฟังมากขึ้น อย่างไรก็ตามด้วยระยะเวลาที่จำกัดทำให้ไม่สามารถแก้ไขปัญหาดูได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้แม้ว่าการเยี่ยมบ้านจะช่วยแก้ไขปัญหที่พบในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งได้ แต่เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีการใช้ยาหลายรายการ การเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปอาจจะพบปัญหาใหม่ ดังนั้นควรมีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามการใช้ยาของผู้ป่วย

5. ความพึงพอใจ จากการประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมาก โดยจากคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยที่รับบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสะดวกในการรับบริการเยี่ยมบ้าน (4.39 ± 0.60 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวรรณย์ จรุงเกียรติขจร (2548: 57) ซึ่งศึกษาผลการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 65 คน โดยกลุ่มศึกษาได้รับการบริการทางเภสัชกรรมที่บ้านทุก 6 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการทางเภสัชกรรมที่บ้านมีความพึงพอใจมาก ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการศึกษาที่มีเภสัชกรเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ สามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ส่งผลให้สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดีขึ้นต่อไป

ข้อจำกัด

1. ผู้ป่วยอาจมีการพูดคุยกัน ทำให้ข้อมูลความร่วมมือในการใช้ยา และการนับเม็ดยาที่เหลือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากกลุ่มควบคุมอาจเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นได้

2. การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าที่กำหนดไว้ โดยจำนวนผู้ป่วยในการศึกษาเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ได้จากการคำนวณตามสูตร คิดเป็นร้อยละ 52.78 เนื่องจากระยะเวลาทำการวิจัยที่จำกัด และภาระงานของเภสัชกรผู้วิจัยที่ต้องไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคอื่นๆ ด้วย ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของผลการควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่ศึกษา

3. ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยในการศึกษานี้อาจน้อยไป ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายถึงแม้จะได้รับการแก้ไขปัญหมาแล้ว แต่เมื่อเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปก็พบปัญหาใหม่เกี่ยวกับยา จึงควรมีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง เพื่อค้นหาและแก้ไขปัญหเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ในการเยี่ยมบ้านบางครั้งทีมสหสาขาวิชาชีพไม่สามารถไปพร้อมกันได้ทุกคน เนื่องจากติดภารกิจ จึงทำให้การเก็บข้อมูลล่าช้ากว่าที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยจำเป็นต้องออกปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพ สต. นอกเวลางานประจำเพื่อให้ทันเวลาที่กำหนดไว้ในการศึกษา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างชัดเจน เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกัน ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงานเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ควรมีการวางระบบการนัดผู้ป่วยแต่ละรายให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามจากแพทย์ผู้รักษาคณเดิม เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด
2. ควรศึกษาถึงต้นทุนประสิทธิผลของการออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกร ตลอดจนปริมาณและมูลค่ายา เหลือใช้
3. การเยี่ยมบ้านเป็นการเปิดบทบาทเภสัชกรในการทำงานเชิงรุก โดยเภสัชกรสามารถมีบทบาท ร่วมกับบุคลากรอื่นในการกำหนดแผนการรักษาเกี่ยวกับยา สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย รายงานและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากยา รวมถึง ความคลาดเคลื่อนทางยา ตลอดจนช่วยพัฒนาการปฏิบัติงาน พัฒนานโยบายขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
4. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาคอบตามจำนวนที่กำหนดไว้ และควรเพิ่มระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามผู้ป่วย เพื่อให้เห็นความแตกต่างของผลการรักษาด้านคลินิกระหว่างกลุ่มที่ศึกษาได้ชัดเจนขึ้น

สรุปผลการศึกษา

ถึงแม้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น แต่ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว และความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้เภสัชกรสามารถค้นพบและช่วยแก้ไขปัญหจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้มากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

ธิดา นิงสานนท์, จตุพร ทองอิม และ ปรีชา มนทกานติกุล. คู่มือเภสัชกรครอบครัวและการเยี่ยมบ้าน.สมาคม

เภสัชโรงพยาบาล (ประเทศไทย). มกราคม 2556: 5-19.

มัทนียา ภูเกสร. (2552). ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล;

19(เสริม): S26-S36.

ประทุม สุกชัยพานิชพงศ์ และคณะ. (2557). “ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่
รับประทานยาตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง.” Veridian E-Journal, Science and Technology
Silpakorn University ปีที่ 1, ฉบับที่ 1 (มกราคม-กุมภาพันธ์ 2557): 1-12.

ปัทมาวดี ช้างเพชร, ผกามาศ ไผ่ตรีมิตร. (2558). “การพัฒนาการรูปแบบการมีส่วนร่วมของเภสัชกรในการ
บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน.” Veridian E-Journal,
Science and Technology Silpakorn University ปีที่ 2, ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2558):
50-75.

วิลาวัลย์ จรุงเกียรติขจร. (2548). ผลของการให้บริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน.

วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

สถิติสาธารณสุข ปี 2541-53 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. [online].

Accessed on February 10, 2012 at URL: [http://bps.ops.moph.go.th/
index.phpmod=bps&doc=5](http://bps.ops.moph.go.th/index.phpmod=bps&doc=5).

สุกัญฉิณี ปรีชากุล. (2544) ผลการให้บริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
ความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศรีโรจน์ โตวัฒนกุล และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2547). การประเมินผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการไม่ได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง.

วารสารเภสัชกรรมไทย 2,2: 118-129.

ศิริรัตน์ ต้นปิชาติ และคณะ. (2554). การดูแลปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชนเขตพื้นที่

กรุงเทพมหานคร. ที่ประชุมวิชาการระดับชาติ มหกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบ
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4 กรกฎาคม;มิราเคิลแกรนด์: กรุงเทพมหานคร.

ศุภิพร สร้อยแก้ว. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วย
ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. การค้นคว้าแบบอิสระ
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาษาต่างประเทศ

Hypertension fact sheet |Department of Sustainable Development and Healthy
Environments September. (2011). World Health Organization Regional Office for
South-EastAsia [http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable
_diseases/media/non_communicablediseases_hypertension_fs.pdf](http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicablediseases_hypertension_fs.pdf).

- Hunt, J.S., et al. (2008). **A randomized Controlled Trial of Team-Based Care: Impact of Physician-Pharmacist Collaboration on Uncontrolled Hypertension. Society of General Internal Medicine.**23(12): 1966-1972.
- James, P.A., et al. (2014). **Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8).** JAMA 2014;311(5): 507-20.
- Kearney, P.M., et al. (2005). **"Global burden of hypertension: analysis of worldwide data".** *Lancet* **365** (9455): 217–23.
- Neto P.R.O., et al. (2011). **Effect of a 36-Month Pharmaceutical Care program on Coronary Heart Disease Risk in Elderly Diabetic and Hypertensive Patients.** Available from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>. Jun:14(2): 249-263.
- WHO : New data highlight increases in hypertension, diabetes incidence URL : [online] Accessed on March 20, 2013 at URL: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/world_health_statistics_20120516/en/index.html.