



ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ



โดย
นางสาวพุทธชาติ มากชุมนุม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

**EFFECT OF HOME HEALTH CARE IN HYPERTENSIVE PATIENTS BY
MULTIDISCIPLINARY TEAM**



**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree
Master of Pharmacy Program in Clinical Pharmacy
Graduate School, Silpakorn University
Academic Year 2015
Copyright of Graduate School, Silpakorn University**

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร อนุมัติให้วิทยานิพนธ์เรื่อง “ ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ” เสนอโดย นางสาวพุทธรชาติ มากชุมนุม เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเกศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร.ปานใจ ธารทัศนวงศ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

1. เกษักรหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.นลินี พูลทรัพย์
2. เกษักรหญิง อาจารย์ ดร.ทิพาพร พงษ์เมษา

คณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(เกษักรหญิง อาจารย์ ดร.นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์)

...../...../.....

..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มนตร์ดี ถาวรเจริญทรัพย์)

...../...../.....

..... กรรมการ
(เกษักรหญิง รองศาสตราจารย์ ดร.นลินี พูลทรัพย์)

...../...../.....

..... กรรมการ
(เกษักรหญิง อาจารย์ ดร.ทิพาพร พงษ์เมษา)

...../...../.....



53351205 : สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

คำสำคัญ : การเยี่ยมบ้าน โรคความดันโลหิตสูง ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต

พุทธรักษา มากชุมนุม : ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ. อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ : ญ.รศ.ดร.นลินี พูลทรัพย์ และ ญ.อ.ดร.ทิพาพร พงษ์เมษา. 130 หน้า.

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ผู้ป่วยจำนวน 73 คน ถูกจัดเข้ากลุ่มโดยวิธีสุ่มให้อยู่ในกลุ่มศึกษา (36 คน) หรือกลุ่มควบคุม (37 คน) กลุ่มศึกษาได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจำนวน 3 ครั้ง ทุก 4-8 สัปดาห์ และได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล ขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลเท่านั้น การศึกษานี้มีระยะเวลา 12 เดือน ผลลัพธ์ที่วัดคือ สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว ความร่วมมือในการใช้ยาที่วัดด้วยแบบประเมิน modified Morisky Medication Adherence Scale 8-item (modified MMAS-8) และการนับเม็ดยา และคุณภาพชีวิตที่วัดด้วยแบบประเมิน EuroQoL-5D-3L (EQ-5D-3L) ผลการศึกษา พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 58.30 เทียบกับ 43.20) และค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ โดยค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวในกลุ่มศึกษาลดลงจาก 153.42±4.55 มิลลิเมตรปรอท เป็น 139.75±14.55 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มควบคุมลดลงจาก 155.19±4.35 มิลลิเมตรปรอท เป็น 145.78±15.86 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวในกลุ่มศึกษาลดลงจาก 83.08±8.78 มิลลิเมตรปรอท เป็น 79.14±10.40 มิลลิเมตรปรอท และกลุ่มควบคุมลดลงจาก 83.86±9.50 มิลลิเมตรปรอท เป็น 75.49±11.64 มิลลิเมตรปรอท กลุ่มศึกษามีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.22±1.20 คะแนน เทียบกับ 5.16±1.01 คะแนน, p-value < 0.001) ผลการนับเม็ดยา พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตแยกตามมิติสุขภาพและที่วัดจาก EQ visual analogue scale (EQ VAS) ของทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ยกเว้นมิติด้านการเคลื่อนไหวและความเจ็บปวด/ความไม่สุขสบาย ส่วนคะแนนอรรถประโยชน์ในกลุ่มศึกษา (0.86±0.10) มากกว่ากลุ่มควบคุม (0.74±0.21) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.009) สรุปการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

ลายมือชื่อนักศึกษา.....

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ 1. 2.

53351205 : MAJOR : CLINICAL PHARMACY

KEY WORD : HOME HEALTH CARE, HYPERTENSION, MEDICATION ADHERENCE,
QUALITY OF LIFE

PUTTACHART MAKCHUMNUM : EFFECT OF HOME HEALTH CARE IN
HYPERTENSIVE PATIENTS BY MULTIDISCIPLINARY TEAM. THESIS ADVISORS : NALINEE
POOLSUP, Ph.D. AND TIPAPORN PONGMESA, Ph.D. 130 pp.

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 proportion of patients whose blood pressure control was within target, systolic blood pressure (SBP), diastolic blood pressure (DBP), medication adherence as measured by the 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. The results showed non-significant differences in the proportion of patients whose blood pressure control was within target (58.30% vs. 43.20%), SBP and DBP between the two groups. SBP in the study group was reduced from 153.42 ± 4.55 to 139.75 ± 14.55 mmHg, and in the control group it was reduced from 155.19 ± 4.35 to 145.78 ± 15.86 mmHg. DBP was reduced from 83.08 ± 8.78 to 79.14 ± 10.40 mmHg in the study group and in the control group it was reduced from 83.86 ± 9.50 to 75.49 ± 11.64 mmHg. 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 non-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.



Program of Clinical Pharmacy

Graduate School, Silpakorn University

Student's signature

Academic Year 2015

Thesis Advisors' signature 1. 2.

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านนาสาร นายสมยศ จารุโกภาวัฒน์
ที่กรุณาอนุญาตให้ดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ในโรงพยาบาลบ้านนาสาร

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานเภสัชกรรม คลินิกความดันโลหิตสูง ทีมเยี่ยมบ้าน
โรงพยาบาลบ้านนาสารและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกท่าน

ขอขอบพระคุณเภสัชกรหญิง รองศาสตราจารย์ ดร. นลินี พูลทรัพย์ และเภสัชกรหญิง
อาจารย์ ดร. ทิพาพร พงษ์เมษา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็น
ให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งทุกขั้นตอนจนวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วง

ขอขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นและ
ตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่มีส่วน
สนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมาจนการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์จากคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศิลปากร



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญตาราง	ฉ
สารบัญภาพประกอบ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ในการวิจัย.....	7
สมมติฐานงานวิจัย.....	8
ตัวแปรในการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	9
นิยามศัพท์เฉพาะ	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
โรคความดันโลหิตสูงและแนวทางการรักษา	12
การบริหารทางเภสัชกรรม.....	20
ปัญหาเกี่ยวกับยา.....	20
ความร่วมมือในการใช้ยา.....	22
การเยี่ยมบ้าน.....	29
คุณภาพชีวิต	34
ความพึงพอใจ	37
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	44
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	44
ตัวแปรในการวิจัย.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	45
ขั้นตอนของการวิจัย.....	45

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	57
ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย	57
ส่วนที่ 2 ผลการบริหารทางเภสัชกรรม	62
การควบคุมระดับความดันโลหิต	62
ความร่วมมือในการใช้ยา	68
คุณภาพชีวิต	69
ปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไข	74
ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้าน	78
5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	80
สรุปผลการวิจัย	80
อภิปรายผลการวิจัย	80
ข้อเสนอแนะของการวิจัย	87
รายการอ้างอิง	89
ภาคผนวก	94
ภาคผนวก ก เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย	95
ภาคผนวก ข หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย	99
ภาคผนวก ค แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานการรักษาและ การใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	103
ภาคผนวก ง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง modified Morisky Medication Adherence Scale	107
ภาคผนวก จ แบบบันทึกการนับเม็ดยา	109
ภาคผนวก ฉ แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQol-5D (EQ-5D) ฉบับภาษาไทย	111
ภาคผนวก ช แบบประเมินความพึงพอใจ	114
ภาคผนวก ซ แผ่นพับความรู้และคู่มือเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	117
ประวัติผู้วิจัย	130

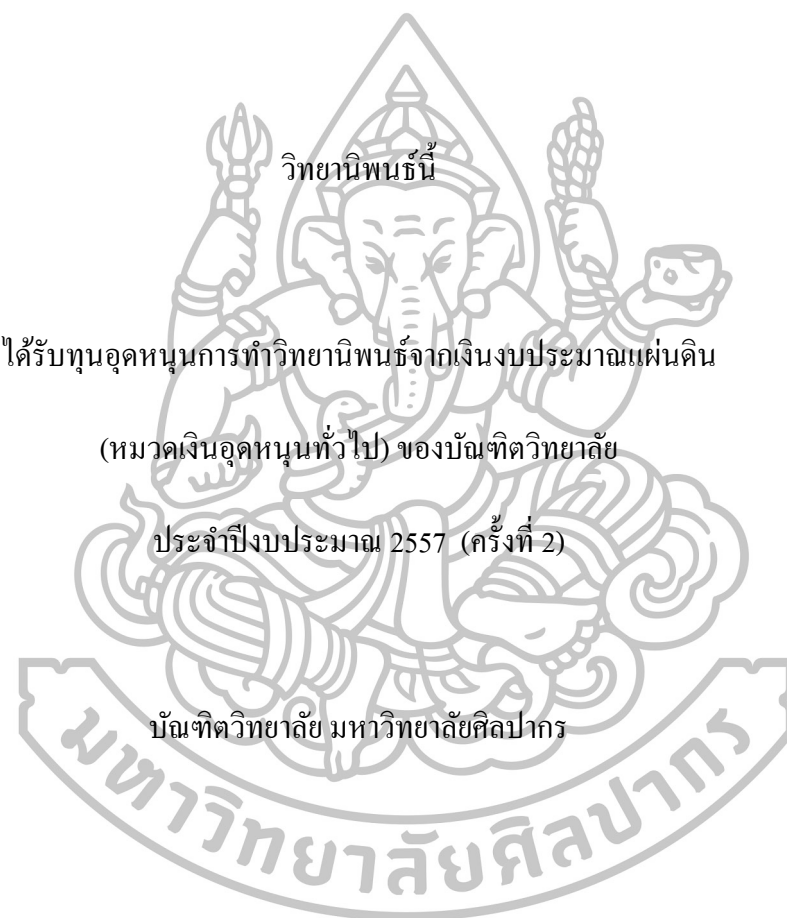
สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมความดันโลหิต.....	17
2	ยาลดความดันโลหิตที่มีข้อห้ามใช้และข้อควรระวังการใช้ในผู้ป่วยบางกลุ่ม	18
3	ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต	19
4	ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย.....	57
5	การเปรียบเทียบการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย	63
6	การเปรียบเทียบการควบคุม SBP ได้ตามเป้าหมาย	64
7	การเปรียบเทียบการควบคุม DBP ได้ตามเป้าหมาย	64
8	การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตเฉลี่ย	66
9	การเปรียบเทียบระดับ SBP เฉลี่ย.....	67
10	การเปรียบเทียบระดับ DBP เฉลี่ย.....	68
11	ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อประเมินโดยแบบสอบถาม modified MMAS.....	69
12	การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อวัดโดยใช้แบบสอบถาม modified MMAS.....	71
13	การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ	73
14	การเปรียบเทียบสถานะสุขภาพ แบ่งตามมิติ โดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D.....	74
15	การเปรียบเทียบ EQ VAS score และ EQ-5D utility score	73
16	การเปรียบเทียบร้อยละของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข	74
17	ปัญหาเกี่ยวกับยาและผลการแก้ไขที่พบในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง	75
18	ปัญหาเกี่ยวกับยาและผลการแก้ไขที่พบจากการเยี่ยมบ้าน	76
19	ความพึงพอใจของผู้ป่วย.....	79

สารบัญภาพประกอบ

แผนภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	9
2	การแบ่งชนิดของความดันโลหิตตาม JNC 8.....	14
3	ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย.....	53
4	Flowchart ผู้ป่วยในการศึกษา.....	58





วิทยานิพนธ์นี้

ได้รับทุนอุดหนุนการทำวิทยานิพนธ์จากเงินงบประมาณแผ่นดิน

(หมวดเงินอุดหนุนทั่วไป) ของบัณฑิตวิทยาลัย

ประจำปีงบประมาณ 2557 (ครั้งที่ 2)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก รายงานเมื่อปี พ.ศ. 2554 ว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวนสูงถึงหนึ่งพันล้านคน ซึ่งสองในสามของผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา [1] โดยประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลก 1 คน ใน 3 คนมีภาวะความดันโลหิตสูง [2] และได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2568 (ค.ศ. 2025) ประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วโลกจะป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง 1.56 พันล้านคน สำหรับประเทศไทย จากข้อมูลสถิติสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข [3] พบว่าในปี พ.ศ.2554 มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุความดันโลหิตสูง เป็นจำนวน 3,664 คน นอกจากนี้สถานการณ์ป่วยและเข้ารับการรักษาด้วยโรคความดันโลหิตสูงในสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทุกภาค เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปี พ.ศ.2544 และปี พ.ศ.2554 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อประชากรหนึ่งแสนคนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจาก 287.5 เป็น 1,433.61 ถือว่ามีอัตราเพิ่มขึ้น 5 เท่า Kearney et al [4] รายงานความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเท่ากับร้อยละ 26 ในปี ค.ศ. 2000 และคาดว่าในปี ค.ศ. 2025 ความชุกของโรคในประเทศที่พัฒนาแล้วจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 24 ส่วนประเทศกำลังพัฒนาจะมีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นร้อยละ 80 [4] การศึกษาในประเทศไทยโดยวิชัย เอกพลากร พ.ศ.2553 [5] พบว่า ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรไทยเท่ากับร้อยละ 22 ซึ่งร้อยละ 95 ของผู้ป่วยเป็นความดันโลหิตสูงแบบไม่ทราบสาเหตุ (primary hypertension) [6, 7] และเนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่มีอาการแสดงออกไม่แน่นอน เช่น บางรายอาจมีอาการปวดศีรษะบางเวลาแล้วหายไป ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการรับประทานยาต่อเนื่อง นอกจากนี้ความไม่สะดวกและการเห็นว่าสิ้นเปลืองค่ารักษาทำให้ผู้ป่วยไม่มารับการรักษาต่อ โดยมักหยุดการรักษาไปภายในปีแรกของการรักษาและจะมารับรักษาต่ออีกครั้งเมื่อเริ่มมีอาการของภาวะโรคแทรกซ้อนที่อวัยวะต่างๆ เช่น หัวใจ และไต ซึ่งเมื่อมีภาวะของโรคร่วม มีการใช้ยาหลายรายการ และต้องรักษาต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลให้อาสาพบปัญหาเกี่ยวกับยา (drug-related problems) เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีการใช้ยาระยะยาว เกิดความเสี่ยงจากการใช้ยา ความไม่ปลอดภัยจากการใช้ยาหรือปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย [2]

ทำให้การรักษาไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ส่งผลกระทบต่อสภาวะโรค ค่าใช้จ่ายและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาของ Wood et al [8] พบว่า ประมาณครั้งหนึ่งของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และมีเพียง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเท่านั้นที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษาได้ เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศบราซิลของ Neto et al [9] ศึกษาการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 55.63) เช่นเดียวกับการศึกษาของมัทนียา ภูเกสร [10] ที่ศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัญหาที่พบบมากที่สุด คือ การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 30.9)

โดยทั่วไปการรักษาโรคความดันโลหิตสูงมีเป้าหมายเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีความดันโลหิต น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท [11] ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เมื่อระดับความดันโลหิตเพิ่ม โอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต จะเพิ่มสูงขึ้น โดยทุกๆ 20 มิลลิเมตรปรอท ของระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัวที่เพิ่มขึ้น หรือทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท ของระดับความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจเพิ่มเป็น 2 เท่าในช่วงความดันโลหิตระหว่าง 115/75 และ 185/115 มิลลิเมตรปรอท [6] ผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด เพิ่มเป็น 3-4 เท่า ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ เพิ่มเป็น 2-3 เท่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มเป็น 3-8 เท่า [7] ข้อมูลจากรายงานการคัดกรองความดันโลหิตตาม “โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน” พ.ศ. 2554 [12] ในประชากรไทยที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 19,328,463 คน พบว่า เป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายเก่า 2,661,954 คน มีภาวะแทรกซ้อนทางตา 18,255 คน (ร้อยละ 7.94) มีภาวะแทรกซ้อนทางไต 46,598 (ร้อยละ 20.26) มีภาวะแทรกซ้อนทางหัวใจ 51,840 คน (ร้อยละ 22.54) มีภาวะแทรกซ้อนทางสมอง 32,686 คน (ร้อยละ 14.21) และมีภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ 75,503 คน (ร้อยละ 32.83)

ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาโรคความดันโลหิตสูง [6] นอกจากจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่รุนแรงและเป็นอันตรายแล้ว ยังก่อให้เกิดผลเสียอื่นๆ ตามมา เช่น การเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล การสูญเสียเวลาและรายได้ รวมถึงการสูญเสียค่าใช้จ่ายโดยไม่จำเป็น ดังนั้นจึงได้มีการดำเนินการต่างๆ

เพื่อแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาโรคเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเป้าหมายของการรักษา ซึ่งบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย คือ เกสัชกร เนื่องจากเภสัชกรมีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านยาเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมในการติดตามแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย เพราะนอกจากจะช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการใช้ยาของผู้ป่วยแล้ว เภสัชกรยังสามารถติดตามผลการรักษาด้านยาและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาอื่นๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งบทบาทหนึ่งของเภสัชกร คือ การให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย [13] ซึ่งการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาเป็นกิจกรรมหนึ่งในงานบริบาลเภสัช-กรรม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง ลดหรือป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาตลอดจนการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย วิธีเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยมีหลายวิธีแต่ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าวิธีใดเป็นวิธีที่ดีที่สุด และอาจต้องใช้หลายวิธีร่วมกัน [14, 15]

ตัวอย่างการศึกษาผลการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เช่น การศึกษาของ Zhao et al [16] ซึ่งศึกษาผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมของเภสัชกรคลินิกในผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูงในประเทศจีน พบว่า กลุ่มศึกษาที่ได้รับการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ได้รับความรู้และคำแนะนำปรึกษาเรื่องยา มีสัดส่วนผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 76.4 เทียบกับ ร้อยละ 50.6, p -value <0.001) และ เมื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม Morisky Medication Adherence Scale 4 ข้อ พบว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนความไม่ร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 24.8 เทียบกับ ร้อยละ 41.7, p -value = 0.0014) ผลที่ได้เป็นเช่นเดียวกันกับการศึกษาในประเทศโปรตุเกสของ Morgado et al [17] ซึ่งพบว่า กลุ่มศึกษาที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม โดยให้ความรู้เรื่องการใช้ยารักษาความดันโลหิตสูงและความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม modified Morisky Medication Adherence Scale 5 ข้อ พบว่า กลุ่มศึกษามีสัดส่วนความร่วมมือในการใช้ยาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 74.5 เทียบกับร้อยละ 57.6, p -value = 0.012) สำหรับในประเทศไทย สุภณลณี ปรีชากุล [14] ศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย พบว่า จากการสืบค้นปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของกลุ่มที่ 1 ซึ่งได้รับคำแนะนำปรึกษาด้านยาแบบเดิม ก่อนการศึกษาพบปัญหาทั้งหมด 224 ปัญหาในผู้ป่วย 60 ราย และหลังการศึกษา 3 เดือนพบปัญหา 189 ปัญหาในผู้ป่วย 58 ราย ส่วนกลุ่มที่ 2 ซึ่งได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรม ก่อนการศึกษา

พบปัญหาทั้งหมด 211 ปัญหาในผู้ป่วย 60 ราย และหลังการศึกษา 3 เดือน พบปัญหา 20 ปัญหาในผู้ป่วย 15 ราย จำนวนปัญหาที่พบและผู้ป่วยที่เกิดปัญหาในกลุ่มที่ 2 ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ 1 ($p\text{-value} < 0.001$) ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกิดจากการใช้ยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง โดยมีสาเหตุมาจากการลืมรับประทานยามากกว่าสาเหตุอื่น ประสิทธิภาพในการลดจำนวนปัญหาการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำ พบว่าสามารถลดจำนวนปัญหาได้ถึงร้อยละ 90.5 และลดจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาได้ร้อยละ 75 สำหรับผลการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วย พบว่าหลังทำการศึกษาผู้ป่วยที่มีค่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในกลุ่มที่ 1 มีจำนวน 10 ราย (ร้อยละ 16.7) และในกลุ่มที่ 2 มีจำนวน 28 ราย (ร้อยละ 46.7) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) การศึกษาของ นรรัตน์ สมเพชร และคณะ [18] ศึกษาผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก ซึ่งวัดความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา โดยแปลงค่าร้อยละความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตแต่ละชนิดเป็นระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยา มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน พบว่า กลุ่มศึกษามีระดับความร่วมมือในการใช้ยา เท่ากับ 4.50 ± 1.00 คะแนน และกลุ่มควบคุม เท่ากับ 4.00 ± 1.67 คะแนน โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.024$) ในเดือนที่ 3 เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศรีโรจน์ โคว์พัฒนกุล และคณะ [19] พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาโดยประเมินจากการนับเม็ดยา เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 35.71 เป็นร้อยละ 80.95 แต่การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาของ Hunt et al [20] ศึกษาประสิทธิภาพของการรักษาร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์และเภสัชกรในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ โดยมีระยะเวลาในการศึกษา 12 เดือน เปรียบเทียบกับการรักษาแบบปกติ พบว่า กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของการรักษาคิดเป็นร้อยละ 62 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 44 ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.003$) อย่างไรก็ตามไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับด้านความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูงและความร่วมมือในการรักษา

แนวคิดการทำงานเชิงรุกของเภสัชกรในการไปเยี่ยมบ้านและดูแลเรื่องการให้ยาให้ผู้ป่วยที่บ้าน ได้รับการตอบรับดี มีการสำรวจพบว่าผู้ป่วยมียาเหลือใช้เป็นจำนวนมากที่บ้าน ซึ่งเกิดได้จากหลายสาเหตุ โดยหากเป็นสาเหตุจากการสั่งยาซ้ำซ้อน เภสัชกรที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกของหลายโรงพยาบาลได้ช่วยแก้ไขปัญหานี้ให้ลุล่วงไปได้ ส่งผลให้ช่วยประหยัดงบประมาณของโรงพยาบาลอย่างเห็นได้ชัด [21] อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาจากการใช้ยาด้วยสาเหตุต่างๆ กัน ทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรือไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งเภสัชกรจะต้องทำงานเชิงรุกเพื่อไปให้การบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านของผู้ป่วย ซึ่งนอกจากจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องการให้ยา

อย่างถูกต้องแล้วเป้าหมายสำคัญอีกเรื่องหนึ่ง คือ ช่วยผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองในเรื่อง การดูแลสุขภาพ (self care) ได้ เกณฑ์กรส่วนหนึ่งที่ได้เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ได้พบปัญหาที่ไม่เคยนึกถึงมาก่อน เช่น ขาดยาเนื่องจากไม่มีญาติพาไปโรงพยาบาล รับประทานยาผิดเนื่องจากมีปัญหาการอ่านฉลาก ยา และนำกลับมาหาแนวทางปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหานั้นในระยะยาว โดยเฉพาะกรณีปัญหาเชิงระบบ ทั้งนี้ พบว่าการสื่อสารหรือเชื่อมต่อข้อมูลที่กระหว่างโรงพยาบาลจะช่วยลดปัญหาเรื่องการใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตามปัญหาเฉพาะของผู้ป่วยแต่ละรายยังคงมีอยู่และเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขโดย เกณฑ์กร การช่วยเหลือแนะนำให้ผู้ป่วยใช้จ่ายได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ โรคและการรักษา ตลอดจนตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเอง จะช่วยให้บรรลุเป้าหมายการรักษา สามารถลดอัตราการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการ ของโรคความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมาย จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยนอกที่มาเข้ารับบริการใน โรงพยาบาลได้ สำหรับการศึกษาศึกษาการเยี่ยมบ้าน ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การศึกษาของ อุไลลักษณ์ เทพวัลย์ และคณะ [22] ศึกษาการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 78 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบัววัด จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งกลุ่มศึกษาจะได้รับคำแนะนำ เรื่องสุขภาพแบบกลุ่มและได้รับการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้งจำนวน 3 เดือน กลุ่มควบคุม ได้รับการ บริการตามปกติที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแต่ไม่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้าน ผลการศึกษา พบว่า ผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่า FBS, HbA_{1c}, คอเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, LDL-C, และ HDL-C ของ ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เมื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาของกลุ่มศึกษาในครั้งแรกพบว่า มี ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยาและหยุดยาเอง จำนวน 8 รายและ 5 ราย ตามลำดับ แต่หลังจากได้รับการเยี่ยม บ้าน พบว่า ผู้ป่วยลืมนับรับประทานยาเหลือเพียง 4 ราย และไม่มีผู้ป่วยรายใดหยุดรับประทานยาเอง เมื่อ ประเมินผลด้านคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถามซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) โดยกลุ่มศึกษามีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ (p-value = 0.014) (179.80±19.71 คะแนน เทียบกับ 170.38±20.93 คะแนน) เช่นเดียวกับการ ศึกษาของวิลาวัณย์ จรุงเกียรติขจร [23] ศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มได้รับ บริการจากโรงพยาบาลตามปกติ และกลุ่มศึกษาได้รับการเยี่ยมบ้านทุก 6 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง ผล การศึกษา พบว่ากลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดย มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย 1.68±0.31 คะแนน เทียบกับ 1.46±0.40 คะแนน (p-value = 0.001) ในขณะที่ผลต่อการควบคุมโรคเบาหวาน เมื่อวัดจากค่า FBS และ HbA_{1c} ไม่มีความแตกต่างกัน ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านเมื่อประเมินความ

พึงพอใจโดยแบบประเมินคัดแปลงจากการศึกษาการประเมินรูปแบบการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม ในการบริหารจัดการผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า มีความพึงพอใจต่อบริการมาก โดยคะแนนมากกว่า 4.0 คะแนนในทุกข้อคำถาม (คะแนนเต็ม 5 คะแนน) ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจเมื่อได้พูดคุยกับเภสัชกร เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเป็นข้อที่มีคะแนนสูงสุด (4.78 ± 0.42 คะแนน) การศึกษาของ ศิริรัตน์ ต้นปีชาติ [24] ศึกษาปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในด้าน ความปลอดภัยในการใช้ยา การควบคุมอาการของโรคเรื้อรังในชุมชน จากการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง พบว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับความดันโลหิตตาม JNC 7 เปลี่ยน จาก stage 2 hypertension เป็น stage 1 hypertension ได้ร้อยละ 56.1 นอกจากนี้เภสัชกรเยี่ยมบ้านได้ส่ง ผู้ป่วยกลับไปยังแพทย์ผู้รักษาและได้รับการตอบสนองปัญหาเกี่ยวกับยาจากแพทย์ ได้ร้อยละ 55

โรงพยาบาลบ้านนาสารเป็นโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 60 เตียง ประชากรป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปี พ.ศ. 2556 จำนวนทั้งสิ้น 5,882 ราย [25, 26] และมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวนผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงและต้นทุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดสูงเป็นอันดับสองของโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2553, 2554, 2555 และ 2556 มีจำนวนผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายคิดเป็น ร้อยละ 8.37, 8.98, 11.22 และ 13.41 ตามลำดับ ถึงแม้จะมีการให้บริการผู้ป่วยในคลินิกความดันโลหิตสูงมาตั้งแต่ พ.ศ.2552 แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีจำนวนมาก การส่งมอยยาที่โรงพยาบาลอาจไม่สามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ป่วยได้ เพราะเภสัชกรมีเวลาจำกัดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย ส่วนใหญ่มักเป็นการสื่อสารทางเดียว และต้องให้ข้อมูลแข่งกับเวลา ทำให้ไม่สามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีความเข้าใจต่อข้อมูลที่ให้มาเพียงใด ทั้งนี้ปัญหาที่พบส่วนใหญ่เกิดจากลิ้มรับประทานยา รับประทานอาหารไม่ตรงเวลาจึงทำให้ไม่ได้รับประทานยา มีความรู้ความเข้าใจไม่เพียงพอเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหาร มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมซึ่งอาจทำให้อาการของโรคแย่ลง เช่น การสูบบุหรี่ ไม่ออกกำลังกาย ไม่มาตามนัด ทำให้ขาดยาและการรักษาไม่ต่อเนื่อง สำหรับการเยี่ยมบ้านของเครือข่ายอำเภอบ้านนาสารในปัจจุบัน จะเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยในที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลหรือในกรณีที่เป็นผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีส่งต่อซึ่งต้องติดตามอาการของผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคไตวายเรื้อรัง แต่สำหรับผู้ป่วยคลินิกโรคความดันโลหิตสูงในกรณีที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ยังไม่มีการดำเนินการเยี่ยมบ้านในรูปแบบที่ชัดเจน จะเน้นให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์เป็นหลักเพื่อติดตามอาการจนกว่าจะควบคุมความดันโลหิตได้ จึงจะส่งต่อไปรับยาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้ผู้ป่วยบางรายที่ควบคุมความดันโลหิต

ไม่ได้ต้องเพิ่มชนิดหรือขนาดการใช้ยา มีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ไม่สามารถพบปัญหาที่แท้จริง เช่น การบริโภคอาหารเค็ม ด้วยความเข้าใจของผู้ป่วย คำว่า "ไม่รับประทานเค็ม" หมายถึงการใช้ลิ้นชิมแล้วไม่เค็ม และการใช้เครื่องปรุงรสโดยการเทใส่หม้อแกงแต่ละครั้งผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าได้ใส่เพียงปริมาณเล็กน้อย แต่เมื่อตรวจพบว่าเป็นปริมาณที่มากถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความรู้ความเข้าใจเรื่องความดันโลหิตสูงก็ตาม แต่ในความเป็นจริงเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยอาจแตกต่างจากข้อมูลที่ได้จากการสอบถามโดยแพทย์หรือพยาบาล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะเร่งรัดให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเชิงรุกโดยการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยนอก โรคความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานีขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์งานวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล
3. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล

วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกรระหว่างกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพกับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านของกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

สมมติฐานงานวิจัย

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนผู้ที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล
2. ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีส่วนผู้ที่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล
3. ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล
4. ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไขแตกต่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล
5. ผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

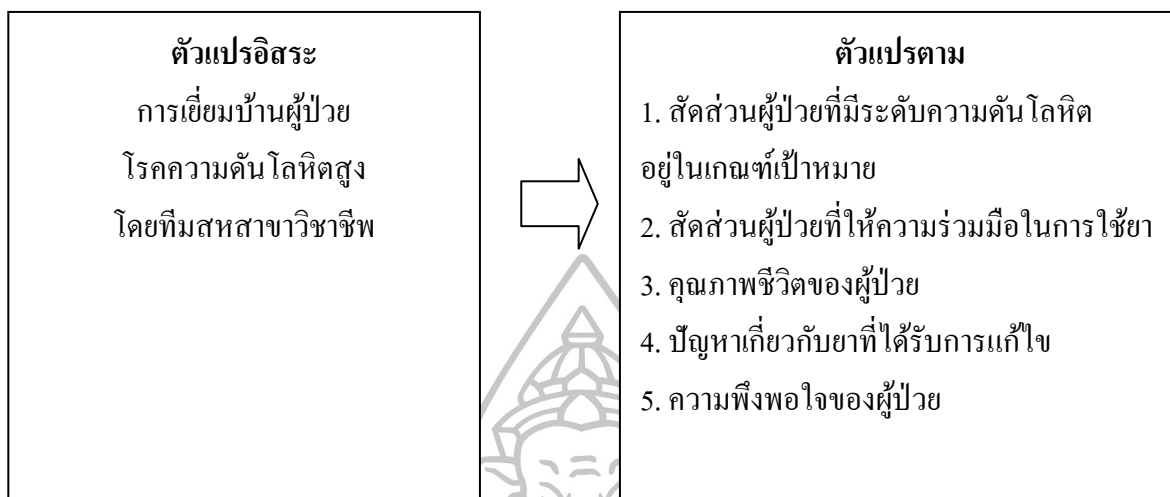
ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตัวแปรตาม

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



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

ขอบเขตการศึกษา

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

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยค่าความดันโลหิต ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอทและในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในงานวิจัยนี้ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และมารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร โดยค่าความดันโลหิตมากกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท (อ้างอิงจากเกณฑ์ของ JNC 8)
3. ผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตสูงได้ตามเป้าหมาย หมายถึง ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทและในผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีความดันโลหิต น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท

4. ปัญหาเกี่ยวกับยา (drug-related problems, DRPs) หมายถึง เหตุการณ์ไม่คาดคิดที่เกิดกับผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับหรือคาดว่าจะเกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ในการรักษา และมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษา ที่คาดหวังไว้ ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ ได้ยาที่ไม่เหมาะสมกับภาวะ โรคหรือร่างกาย ขนาดยา ที่ได้รับสูงหรือต่ำเกินไป เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา มีคู่ยาที่มีอันตรกิริยาต่อกัน ผู้ป่วยไม่ได้รับยาเนื่องจากมีความเชื่อเกี่ยวกับการใช้ยาที่ผิด หรือ ใช้ยาที่ไม่มีหลักฐานทางวิชาการรองรับ

5. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่แพทย์ แนะนำให้ โดยที่ผู้ป่วยได้รับทราบและเข้าใจแผนการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความร่วมมือในการ ใช้ยาจากการวัด 2 วิธี คือ

5.1 สัมภาษณ์ด้วยแบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ มีการแปล ผลคะแนน ดังนี้

8 คะแนน	แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก
6-7 คะแนน	แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง
<6 คะแนน	แสดงว่า ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

5.2 ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา ซึ่งคำนวณจากการนับเม็ดยาที่เหลือ

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา = [(จำนวนยาที่ใช้จริง)/จำนวนยาที่ควรใช้ยา] x 100

โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่า ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา น้อยกว่า ร้อยละ 80 ถือว่า มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

6. การบริบาลทางเภสัชกรรม หมายถึง ความรับผิดชอบของเภสัชกร โดยตรงที่มีต่อการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลการรักษาตามต้องการ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

7. ทีมสหสาขาวิชาชีพ หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลบ้านนาสาร ซึ่ง ประกอบด้วย แพทย์เป็นหัวหน้าทีมมีหน้าที่ตรวจวินิจฉัย รักษาอาการและอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วย เกษัชกรมีหน้าที่ในการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยดูแลการ ใช้จ่ายของผู้ป่วย รวมทั้งค้นหาและแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดจากการใช้จ่าย พยาบาล/เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล มีหน้าที่ดูแลให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตนเองของผู้ป่วย นักการแพทย์แผนไทย/ นักกายภาพบำบัดมีหน้าที่ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายและกายภาพบำบัดที่ถูกต้องและเหมาะสมกับ โรค

8. การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การออกเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อค้นหาปัญหา ประเมิน วิเคราะห์และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาการใช้จ่ายแบบมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

9. คุณภาพชีวิต หมายถึง สภาพความเป็นอยู่ของบุคคลในด้านอารมณ์ สังคม ความคิดและจิตใจ ซึ่งรวมเอาทุกด้านของชีวิตมนุษย์ไว้หมด ถ้าสภาพความเป็นอยู่ดังกล่าวของบุคคลไม่ดี ไม่น่าพอใจ แสดงว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นต่ำกว่าความคาดหวัง

10. ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง ความรู้สึกของผู้ป่วยที่แสดงออกในด้านบวกหรือด้านลบ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการซึ่งความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยได้รับหรือบรรลุ จุดมุ่งหมายในสิ่งที่ต้องการ ในระดับหนึ่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และลดความเสี่ยงในการเกิด โรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง
2. เพิ่มความร่วมมือในการใช้จ่าย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตระหนักถึง ความสำคัญของการรักษา ตลอดจนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการใช้จ่ายมากขึ้น
3. ทราบผลกระทบจากโรคและยาที่มีต่อมิติต่างๆ ทางสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. เป็นแนวทางพัฒนาบทบาทวิชาชีพของเภสัชกรในการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่นๆ
5. ทราบปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านและแนวทางแก้ไขปัญหา
6. ทราบความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

แบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

1. โรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลรักษา
2. การบริหารทางเภสัชกรรม
 - 2.1 ปัญหาเกี่ยวกับยา
 - 2.2 ความร่วมมือในการใช้ยา
3. การเยี่ยมบ้าน
4. คุณภาพชีวิต
5. ความพึงพอใจ
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลรักษา [6, 7]

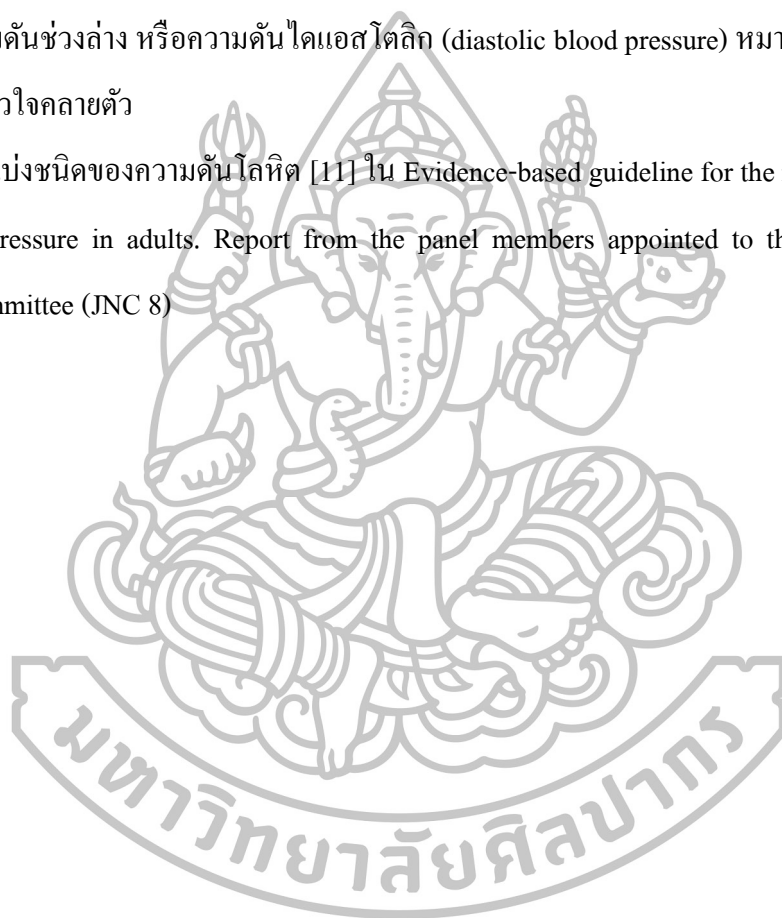
ความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในหลายปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เพิ่มอัตราการตายและความเจ็บป่วยด้วยโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดไต โรคหลอดเลือดส่วนปลายและการชำระคเสียหายของเรตินา โดยความเสี่ยงในการเกิดโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือด และอวัยวะเป้าหมายมีความสัมพันธ์โดยตรงกับระดับความดันโลหิต การควบคุมความดันโลหิตให้ได้ผลดีที่สุด ผู้ป่วยต้องได้รับการกระตุ้นและให้กำลังใจ (motivation) จุดมุ่งหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท [11] การลดความดันโลหิตให้เหมาะสมและเพียงพอสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น สามารถลดโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 35-40 ลดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20-25 และลดการเกิดโรคหัวใจวายได้มากกว่าร้อยละ 50 [6]

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของกระแสเลือดที่กระทบต่อผนังหลอดเลือด ซึ่งเกิดจากการสูบฉีดของหัวใจ ซึ่งสามารถวัดโดยใช้เครื่องวัดความดัน วัดที่แขน และมีค่าที่วัดได้ 2 ค่า คือ

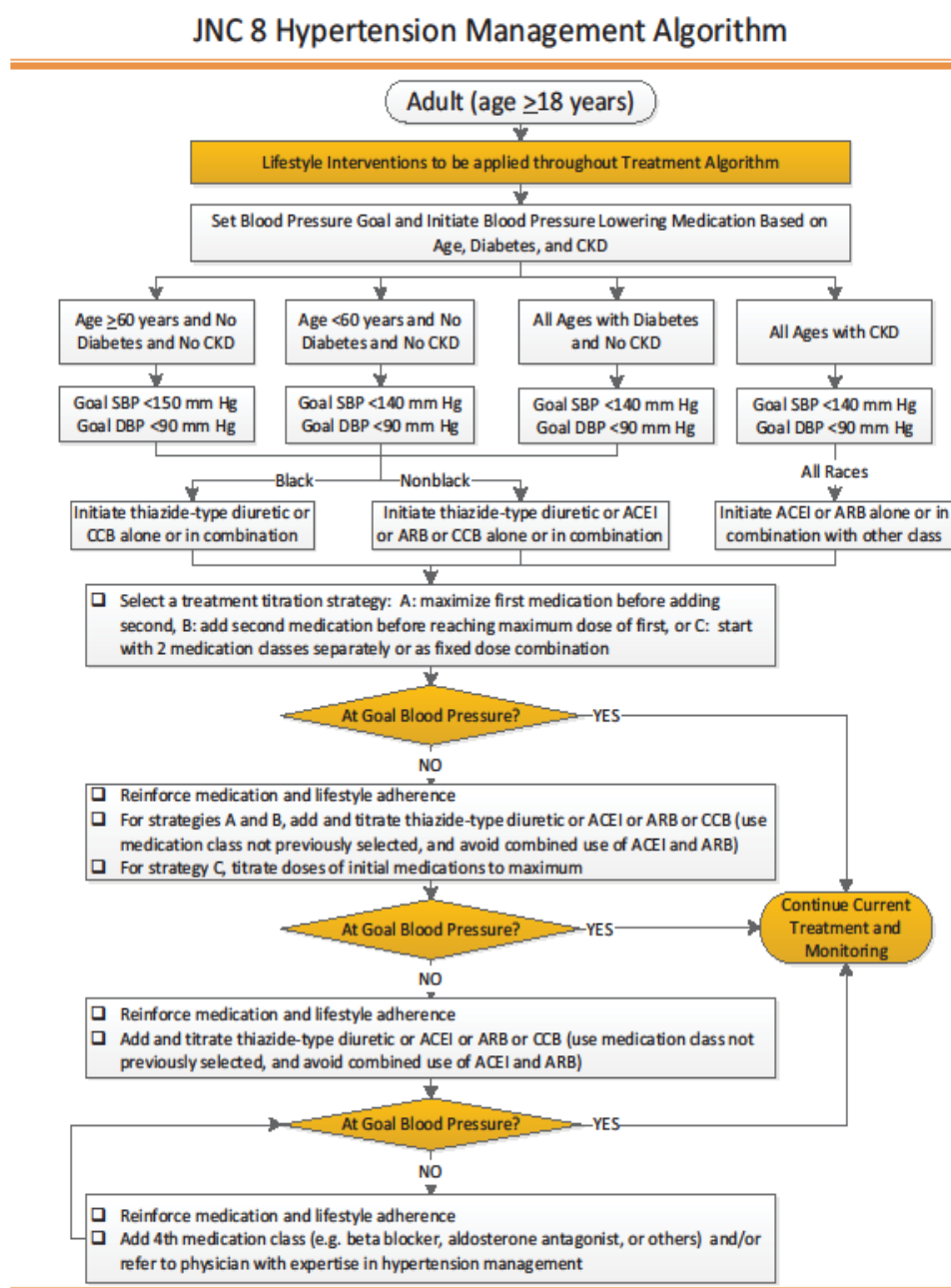
1. ความดันช่วงบน หรือความดันซิสโตลิก (systolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจบีบตัว ซึ่งอาจจะสูงขึ้นตามอายุ ความดันช่วงบนในบุคคลเดียวกัน อาจมีค่าแตกต่างกันเล็กน้อย ตามท่าร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และปริมาณของการออกกำลังกาย

2. ความดันช่วงล่าง หรือความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) หมายถึง แรงดันเลือดขณะที่หัวใจคลายตัว

การแบ่งชนิดของความดันโลหิต [11] ใน 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)



ภาพที่ 2 การแบ่งชนิดของความดันโลหิตตาม JNC 8 [11]



ที่มา: James PA, Oparil S, Carter BL, 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.

จากการศึกษา Framingham Heart Study ของ Vasan และคณะ ปี ค.ศ. 2002 [6] พบว่า จากการติดตามระยะยาวในผู้ที่มีอายุ 55 ปีและมีความดันโลหิตปกติ บุคคลเหล่านี้จะมีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึงร้อยละ 90 ตลอดอายุขัย ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการติดตามและเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมหรือปัจจัยเสี่ยงที่มักพบร่วมหรือเป็นสาเหตุของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงของการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular disease; CVD) และความดันโลหิต พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและสัมพันธ์โดยตรงกับความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นและมีความเป็นอิสระจากปัจจัยอื่นๆ นอกจากนี้เมื่อเปรียบเทียบระหว่างความดันช่วงหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure; SBP) และความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure; DBP) พบว่า SBP มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรกระบบหัวใจและหลอดเลือด ที่ชัดเจนกว่า DBP ด้วยเหตุนี้ JNC 8 จึงแนะนำให้ใช้ SBP เป็นเป้าหมายในการรักษา เพราะส่วนใหญ่เมื่อลด SBP ลงได้ถึงเป้าหมาย ความดันโลหิตช่วงหัวใจคลายตัวก็จะอยู่ในช่วงเป้าหมายด้วยเช่นกัน สาเหตุของความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 2 ชนิดได้แก่

1. Primary หรือ essential hypertension เป็นความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด พบมากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทั้งหมด และมักพบว่าสัมพันธ์กับการรับประทานอาหารเค็ม อ้วน กรรมพันธุ์ อายุมาก เชื้อชาติ และการขาดการออกกำลังกาย ผู้ป่วยจะสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ แต่รักษาไม่หาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องป้องกัน และพยายามควบคุมความดันให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. Secondary hypertension เป็นความดันโลหิตสูงที่ทราบสาเหตุ พบได้น้อยกว่าร้อยละ 10 โดยสาเหตุต่างๆ ที่พบบ่อย ได้แก่

โรคไต ผู้ป่วยที่มีหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงไตตีบทั้งสองข้างมักจะมีความดันโลหิตสูง เนื่องจากที่ต่อมหมวกไตพบได้สองชนิดคือชนิดที่สร้างฮอร์โมน aldosterone ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับเกลือแร่ โปแตสเซียมในเลือดต่ำ อีกชนิดหนึ่ง ได้แก่ เนื่องจากที่สร้างฮอร์โมน catecholamines เรียกว่าโรค pheochromocytoma ผู้ป่วยจะมีความดันโลหิตสูงร่วมกับใจสั่น

โรคหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบ (coarctation of the aorta) พบได้น้อยเกิดจากหลอดเลือดแดงใหญ่ตีบบางส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูง

ดังนั้นหากทราบสาเหตุสามารถรักษาให้หายขาดได้

อาการของความดันโลหิตสูง

ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ มักตรวจพบโดยบังเอิญขณะไปรับการรักษาด้วยปัญหาอื่น บางรายอาจมีอาการปวดมึนท้ายทอย ตึงที่ต้นคอ วิงเวียน อาการมักเกิดขึ้นเวลาเพิ่งตื่นนอน ในรายที่เป็นมาเป็นระยะเวลานานหรือระดับความดันโลหิตสูงมากอาจมีอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย ใจสั่น นอนไม่หลับ มือเท้าชา ตามัวหรือมีเลือดกำเดาไหล และเมื่อไม่ได้รับการรักษาเป็นระยะเวลานานอาจแสดงอาการของภาวะแทรกซ้อน เช่น เจ็บหน้าอก บวม หอบเหนื่อย แขนขาเป็นอัมพาต เป็นต้น

อาการแทรกซ้อนของความดันโลหิตสูง

หากไม่ได้รับการรักษามักจะเกิดความผิดปกติของอวัยวะที่สำคัญ เช่น หัวใจ ประสาทตา ไต สมอง เป็นต้น เนื่องจากความดันโลหิตสูง จะทำให้หลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกายเสื่อม เกิดภาวะผนังหลอดเลือดแดงแข็ง หลอดเลือดตีบตัน ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญได้แก่

1. หัวใจ ทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายโต จนกระทั่งเกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งมีอาการบวม หอบเหนื่อย นอนราบไม่ได้ นอกจากนี้อาจทำให้หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตันกลายเป็นโรคหัวใจขาดเลือด มีอาการเจ็บหน้าอก และเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย
2. สมอง อาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบตันหรือแตก กลายเป็นอัมพาต ถ้ามีความดันโลหิตสูงรุนแรง เสียสติ อาจทำให้เกิดอาการชัก หรือหมดสติได้
3. ไต อาจเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง เนื่องจากหลอดเลือดแดงเสื่อม เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอ และไตที่วายจะยิ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น
4. ตา เกิดภาวะเสื่อมของหลอดเลือดแดงภายในลูกตาอย่างช้าๆ ทำให้ประสาทตาเสื่อม ตามัวลงเรื่อยๆ จนตาบอดได้

ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะเกิดรุนแรงหรือรวดเร็ว ขึ้นกับความรุนแรงและระยะของโรคความดันโลหิตสูง

การรักษาความดันโลหิตสูง

เป้าหมายของการลดความดันโลหิต [11]

1. ผู้ป่วยอายุน้อยกว่า 60 ปี ผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. ผู้ป่วยอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท

การรักษาโรคความดันโลหิตสูง

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ควรดำเนินการในผู้ป่วยทุกราย แม้ยังไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากช่วยป้องกันหรือชะลอการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้
2. การให้ยาลดความดันโลหิต ไม่จำเป็นต้องเริ่มยาทุกราย และผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงบางรายอาจไม่ต้องใช้ยา หากสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเป็นส่วนสำคัญไม่น้อยไปกว่าการใช้ยาในการรักษาความดันโลหิตสูง สรุปรายละเอียดของวิธีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตและประสิทธิผลในการลดความดันโลหิตของแต่ละวิธีแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมความดันโลหิต [6]

ชนิดของการปรับเปลี่ยน วิถีการดำเนินชีวิต	คำแนะนำในการปฏิบัติตัว	ค่าความดันโลหิต ช่วงหัวใจบีบตัว ที่อาจลดลง (มิลลิเมตรปรอท)
การลดน้ำหนัก	ควบคุมดัชนีมวลกายให้อยู่ ในช่วงปกติ (18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	5-20 ต่อ 10 กิโลกรัมของน้ำหนักที่ ลดลง
Dietary Approach to Stop Hypertension (DASH diet)	การรับประทานอาหารที่ผัก ผลไม้มากและลดปริมาณการ บริโภคไขมันโดยรวมและ ไขมันอิ่มตัว	8-14

ตารางที่ 1 การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตเพื่อการควบคุมความดันโลหิต [6]

ชนิดของการปรับเปลี่ยน วิธีการดำเนินชีวิต	คำแนะนำในการปฏิบัติตัว	ค่าความดันโลหิต ช่วงหัวใจบีบตัว ที่อาจลดลง (มิลลิเมตรปรอท)
การจำกัดเกลือ	จำกัดการบริโภคเกลือแกง ไม่ให้เกิน 6 กรัมต่อวัน	2-8
การออกกำลังกาย	ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินเร็วอย่างน้อย วันละ 30 นาที ทุกวันหรือบ่อยที่สุดที่ เป็นไปได้ใน 1 สัปดาห์	4-9
การควบคุมการดื่มแอลกอฮอล์	ไม่ดื่มเกิน 30 และ 15 มิลลิลิตร ของแอลกอฮอล์ 100 เปอร์เซ็นต์ (absolute ethanol) ในผู้ชายและผู้หญิงตามลำดับ	2-4

การรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต [11]

JNC 8 ได้กล่าวถึงหลักการรักษา คือ ให้เริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตก่อน หากไม่สามารถลดความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ให้เริ่มด้วยการรักษาด้วยยาต่อไป อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางคนอาจให้เริ่มการรักษาด้วยยา ร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตไปพร้อมกัน ซึ่งหลักการเริ่มยา คือ ให้เริ่มยาในขนาดต่ำๆ ก่อน หลังจากนั้นจึงค่อยๆ เพิ่มขนาดยาตามการตอบสนองของผู้ป่วย และ JNC 8 ยังมีข้อแนะนำทางเลือกให้ใช้ยามากกว่าหนึ่งตัวร่วมกันในขนาดต่ำๆ เป็นทางเลือกแรก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละคน หลังจากใช้ยาตัวแรกแล้วให้ติดตามผลการรักษา หากผู้ป่วยตอบสนองต่อยาแต่ไม่สามารถลดความดันได้ถึงเป้าหมายให้เพิ่มขนาดของยาตัวแรกตามความเหมาะสม และเพิ่มยาตัวที่ 2 ตามความจำเป็น หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือตอบสนองแต่มีอาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับ อาจทำการหยุดยาตัวแรกแล้วให้เริ่มใช้ยาตัวใหม่ได้ หลังจากนั้นหลักการรักษา คือ หากไม่สามารถลดความดันโลหิตได้ถึงเป้าหมาย

ให้เพิ่มยาตัวที่ 3 หรือ 4 ตามความจำเป็น ยาลดความดันโลหิตที่มีข้อห้ามใช้และข้อควรระวังในผู้ป่วยบางกลุ่ม ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ยาลดความดันโลหิตที่มีข้อห้ามใช้และข้อควรระวังการใช้ในผู้ป่วยบางกลุ่ม [7]

ยา	ข้อห้ามใช้	ยา	ข้อควรระวัง
ACEIs, ARBs	Pregnancy Bilateral renal artery stenosis Hyperkalemia	BBs	Congestive heart failure
BBs	A-V (grade 2 หรือ 3) block Asthma Obstructive airway disease Peripheral artery disease	Clonidine Methyldopa Reserpine	Withdrawal syndrome Hepatotoxicity Depression Active peptic ulcer
Diuretics	Gout	CCBs	Congestive heart failure

หมายเหตุ angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEIs), angiotensin receptor blockers (ARBs), beta-blockers (BBs) และ calcium channel blockers (CCBs)

ข้อแนะนำในการติดตามผู้ป่วย ความถี่ในการติดตามผู้ป่วยจะขึ้นกับระดับความดันโลหิตที่วัดได้ตอนเริ่มแรก แสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระยะเวลาในการติดตามผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของความดันโลหิต [7]

ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		ระยะเวลานัด
SBP	DBP	
น้อยกว่า 120	น้อยกว่า 80	ตรวจวัดระดับความดันโลหิตใหม่ใน 1 ปี
120-139	80-89	ตรวจวัดระดับความดันโลหิตใหม่ใน 6 เดือน
140-159	90-99	ตรวจยืนยันว่าเป็นความดันโลหิตสูงจริงใน 2 เดือน
160-179	100-109	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อภายใน 1 เดือน
มากกว่าหรือเท่ากับ 180	มากกว่าหรือเท่ากับ 110	ประเมินหรือส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อทันทีหรือภายใน 1 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นกับสภาพผู้ป่วย

การติดตามการรักษา [7]

การปรับลดขนาดหรือจำนวนยาจะกระทำได้อีกต่อเมื่อสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี โดยค่อยๆ ลดขนาดยาอย่างช้าๆ ซึ่งมักจะทำได้ในผู้ป่วยที่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว บางรายอาจหยุดยาได้หมด ซึ่งก็ควรติดตามผู้ป่วยนั้นต่อไป เนื่องจากความดันโลหิตอาจสูงขึ้นอีกในระยะเป็นเดือนหรือเป็นปีหลังหยุดยา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถคงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การติดตามผู้ป่วยโดยบุคลากรทางการแพทย์

1. ขณะปรับยาเพื่อควบคุมความดันโลหิตอาจต้องมาพบแพทย์บ่อยเพื่อปรับสูตรยาตามความดันโลหิตที่เปลี่ยนแปลงและอาการไม่พึงประสงค์ของยา
2. เมื่อปรับยาจนความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ความถี่ในการพบแพทย์สามารถลดลงได้ อย่างไรก็ตามไม่ควรนัดระยะห่างจนเกินไปซึ่งมีความสำคัญกับการติดตามรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
3. การรักษาความดันโลหิตสูงควรต่อเนื่องไปตลอดชีวิตเพราะในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง และหยุดการรักษาไปมักจะมีความดันโลหิตสูงกลับไปดังเดิม การปรับลดยาที่รับประทานอยู่อย่างระมัดระวังอาจทำได้ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำหลังจากได้รับการควบคุมความดันโลหิตมานาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่สามารถปรับพฤติกรรมได้

การบริหารทางเภสัชกรรม [21, 27]

การบริหารทางเภสัชกรรมเป็นมาตรการเกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรักษาให้ได้ตามเป้าหมายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป้าหมายของการรักษา ได้แก่

- 1) รักษาโรคให้หายขาด
 - 2) การกำจัดหรือลดอาการการเจ็บป่วย
 - 3) หยุดหรือชะลอการดำเนินของโรค
 - 4) ป้องกันโรคหรืออาการเจ็บป่วย
- การบริหารทางเภสัชกรรมรวมถึงกระบวนการที่เภสัชกรกระทำร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรอื่นๆ ในการออกแบบแผนการรักษา ดำเนินการ และติดตามผลการรักษา โดยเภสัชกรมีบทบาทในการระบุปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว และที่อาจจะเกิดจากการใช้ยาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น และป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น

ปัญหาเกี่ยวกับยา (drug-related problems; DRPs) [28, 29] เป็นเหตุการณ์ไม่คาดคิดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ซึ่งเกี่ยวข้องกับหรือคาดว่าจะเกี่ยวข้องกับยาที่ใช้ในการรักษา และมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของการรักษาที่คาดหวังไว้

Strand et al [28] ได้ให้นิยามของปัญหาเกี่ยวกับยา ว่าเป็น “ปรากฏการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยเมื่อใช้ยาในการรักษา ปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจรบกวนหรือมีแนวโน้มที่จะรบกวนผลการรักษาที่ต้องการ” โดยการวินิจฉัยว่าเป็นปัญหาเกี่ยวกับยาจะต้องมีเงื่อนไข อย่างน้อย 2 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจะต้องเกิดหรือมีโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ โดยที่เหตุการณ์นั้น หมายถึง โรค หรือ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย
2. เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะต้องสามารถพิสูจน์ได้ หรือสงสัยว่ามีความเกี่ยวข้องจากการรักษาด้วยยา

การแบ่งประเภทของปัญหาเกี่ยวกับยา ของ Strand et al [28, 29] มีทั้งหมด 8 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรได้รับ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีปัญหาจากแพทย์ไม่ได้ส่งจ่ายยาที่ควรจะได้รับ หรือ อาจเรียกว่า ผู้ป่วยต้องการยาเพิ่มในการรักษา ซึ่งเหตุผลในการเพิ่มยา เช่น ไม่ได้รักษาอาการหรือภาวะที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมาพบแพทย์ ไม่ได้รักษาอาการหรือสภาวะที่เกิดขึ้นใหม่ ภายหลังจากที่ได้รับการรักษาไประยะหนึ่ง หยุดส่งจ่ายยาในขณะที่ผู้ป่วยต้องใช้เพื่อควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรคที่เป็น แพทย์ไม่ได้ส่งยาที่เสริมฤทธิ์กัน และผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ใช้สำหรับป้องกันอาการหรือโรค
2. ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม เป็นการเลือกจ่ายยาไม่ถูกต้อง ได้แก่กรณีดังต่อไปนี้ การใช้ยาที่ไม่มีประสิทธิผล การใช้ยาที่เลิกใช้ไปนานแล้ว การใช้ยาแล้วทำให้ผู้ใช้เกิดการแพ้ยา หรือ ได้รับยาที่ผู้ป่วยแพ้ การใช้ยาที่ห้ามใช้ในผู้ป่วยบางราย การใช้ยาที่มีประสิทธิผลเท่ากัน แต่ราคาแพงกว่า การให้ยาผู้ป่วยหลายชนิดโดยไม่จำเป็น
3. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดน้อยเกินไป อาจมีสาเหตุได้หลายปัจจัยดังต่อไปนี้ ขนาดยาน้อยเกินไป ความถี่ของการให้ยาลดลง ระยะเวลาการให้ยาลดลง การเก็บยาไม่ถูกต้อง วิธีการให้ยาไม่ถูกต้อง อาจมีปฏิกิริยาระหว่างยาทำให้ยาที่ต้องการมีปริมาณลดลง ย่อมทำให้ไม่ได้รับผลการรักษาเท่าที่ควร
4. ผู้ป่วยได้รับยาถูกต้องแต่ขนาดมากเกินไป มีผลเสียมากกว่าได้รับขนาดน้อยเกินไป นั่นคือ อาจเกิดความเป็นพิษจากยาได้ สามารถสรุปสาเหตุได้ดังนี้ ขนาดยามากเกินไป ความถี่ในการให้ยามากเกินไป ระยะเวลาของการให้ยามากเกินไป
5. การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้
 - 5.1 เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา
 - 5.2 เป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นโดยไม่ขึ้นกับฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาแต่จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลและไม่สามารถทำนายได้ โดยอาการไม่พึงประสงค์นี้ จะมีความสำคัญอย่างมากต่อผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา

6. การเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหาร และยาอาจรบกวนผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยาได้
7. การใช้ยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือยังไม่มีข้อมูลทางวิชาการรับรองของข้อบ่งชี้
8. ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแพทย์สั่ง เนื่องจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ได้แก่การไม่ได้รับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ การรับประทานยาไม่เป็นเวลาที่แน่นอน รับประทานยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม การลืมรับประทานยาแล้วปฏิบัติไม่ถูกต้อง รวมถึงการไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา การไม่มีพบแพทย์ตามนัดทำให้ขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่อง

ความร่วมมือในการใช้ยา [30]

ความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) เป็นคำที่มีความหมายในทางบวก หรือความหมายที่ดีมากกว่าเมื่อเทียบกับคำว่า การใช้ยาตามสั่ง

การใช้ยาตามสั่ง (medication compliance) หมายถึง ผู้ป่วยเชื่อฟังแพทย์และปฏิบัติตามแพทย์สั่ง สำหรับความร่วมมือในการใช้ยา มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับและตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตามและรับประทานยาให้ถูกต้องตามที่แพทย์แนะนำเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด อีกคำหนึ่งที่มีใช้กัน คือ การตกลงร่วมกันระหว่างผู้ทำการรักษาและผู้ป่วย (medication concordance) ซึ่งเป็นคำที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยและแพทย์มีการตกลงร่วมกันถึงแผนการรักษา โดยผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแผนการรักษาด้วยตัวเอง

ความร่วมมือในการใช้ยา จะเป็นการเปิดบทบาทของผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการรักษาตัวเองมากขึ้น ผู้ป่วยจะไม่ใช่เป็นฝ่ายที่ต้องรอรับคำสั่งของแพทย์แล้วปฏิบัติตามเหมือนคำว่า การใช้ยาตามสั่ง ในการวางแผนการรักษานุเคราะห์ทางกายภาพต้องทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาให้มากที่สุด ซึ่งแสดงว่าต้องลดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาให้น้อยที่สุด โดยทั่วไปในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน เป็นต้น จะยอมรับกันว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา เมื่อยานั้นถูกใช้ไปมากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่แพทย์สั่งให้หรือจ่ายให้ [30] ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา มีผู้ทำการศึกษาดังปัญหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 43 ถึงร้อยละ 78 โดยสาเหตุที่อัตราความร่วมมือในการใช้ยาแตกต่างกันมาก เนื่องจากในแต่ละการศึกษาใช้กลุ่มผู้ป่วยแตกต่างกัน มีเกณฑ์การวัด หรือเครื่องมือที่ใช้ที่แตกต่างกัน ผลที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ให้ความร่วมมือที่จะปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำนั้น จะมีผลเสียเกิดขึ้นมากมาย ซึ่งหากแบ่งตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการรักษาผู้ป่วย (outcomes of drug therapy) ตาม Economic, Clinical, and Humanistic Outcomes (ECHO) model จะแบ่ง

ผลลัพธ์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ผลลัพธ์ด้านคลินิก ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ และผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา ดังนี้

1. ผลลัพธ์ด้านคลินิก (clinical outcomes) ได้แก่ อาการของโรคไม่ทุเลา ผลการรักษาล้มเหลวหรือกรณีหยุดยาปฏิบัติชีวนะก่อนกำหนดอาจทำให้เชื้อมีชีวิตได้ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ ซึ่งอาจเป็นยาที่ก่อให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้มาก
2. ผลลัพธ์ด้านเศรษฐศาสตร์ (economic outcomes) ได้แก่ การใช้ทรัพยากรทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อม ค่าใช้จ่ายทางตรงเกิดจากการที่ผู้ป่วยต้องปรับเปลี่ยนการรักษา เปลี่ยนยาที่ใช้ อาจมีการสั่งจ่ายยามีราคาแพงขึ้น ส่วนค่าใช้จ่ายทางอ้อมเกิดจากการเสียเวลาของทั้งบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย แทนที่จะใช้เวลาของตนไปปฏิบัติงานอื่นอย่างเต็มความสามารถ กลับต้องใช้เวลาเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากความไม่ร่วมมือในการใช้ยา
3. ผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยา (humanistic outcomes) เป็นผลที่ตามมาของโรคหรือการรักษาต่อสถานะของผู้ป่วย เช่น ความพึงพอใจ คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ (health-related quality of life) เป็นต้น

ในด้านความพึงพอใจ หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา จะทำให้การวิเคราะห์แผนการรักษาผิด แพทย์ผู้ดูแลอาจเข้าใจว่ายาที่ผู้ป่วยใช้อยู่ไม่ได้ผล ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยและตัวผู้ป่วยเองเกิดความไม่พึงพอใจต่อผลการรักษา

ในด้านคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งหมายถึงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพโดยรวม ทั้งสุขภาพด้านกายภาพ (physical health) สุขภาพด้านจิตใจ (mental health) สุขภาพด้านสังคม (social health) และภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (general health) ซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพจะทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective)

ความร่วมมือในการใช้ยามีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต โดยหากผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดี ทำให้มีแนวโน้มที่จะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ ดังนั้นคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยน่าจะดีด้วย

วิธีการสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา [30, 31]

การสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา สามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกันไป ดังนี้

1. วิธีสืบหาโดยตรง ได้แก่

1.1 การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งค่อนข้างแม่นยำ แต่มีข้อเสียที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำตลอดเวลา และผู้ป่วยเองอาจสามารถซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนตามปกติ

1.2 การตรวจวัดปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด เก็บปัสสาวะหรือน้ำลายแล้วนำส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา หรือการตรวจวัดตัวชี้วัดทางชีวภาพ (biological marker) ต่างๆ ลักษณะการวิเคราะห์เช่นนี้ขึ้นกับความไวของการทดสอบ และยังขึ้นอยู่กับตัวแปรหลายชนิด เช่น สูตรตำรับยา ระบบการดูดซึม การย่อย ระบบเมตาบอลิซึม การขับถ่าย การทำงานของไตของผู้ป่วย เป็นต้น

2. วิธีสืบหาทางอ้อม เป็นวิธีที่ปฏิบัติจริงได้มากกว่าวิธีสืบหาโดยตรง ได้แก่

2.1 การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนักเพราะขึ้นกับผู้ป่วยเป็นหลัก ผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึก หรือบันทึกไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.2 การดูปริมาณยาที่ใช้หรือยาที่เหลือ อาจทำได้โดยการวัดปริมาณยาที่เหลือโดยการนับการตวง โดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลือมาแสดง หรือติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ข้อจำกัดของวิธีนี้คือ ยาที่ผู้ป่วยนำมาให้นับอาจไม่ใช่ยาที่เหลือทั้งหมดจริงๆ

2.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เพื่อบันทึกการยาที่ใช้

2.4 การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมารับยา หรือมาตรวจตามนัดซึ่งทำได้ง่าย แต่ยังไม่สามารถยืนยันว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

2.5 การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด ความดันโลหิต เป็นต้น วิธีนี้ทำได้ง่ายแต่ค่าพารามิเตอร์เหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ผลของยาที่เกิดขึ้นเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงยา และภาวะของร่างกายในขณะนั้นๆ จึงไม่อาจนำผลมาสรุปทันทีว่า ผลการรักษาหรือผลที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

2.6 การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม (interview หรือ questionnaires) สามารถวัดได้โดยตรงกับตัวผู้ป่วยหรือผู้เกี่ยวข้อง เช่น ญาติ ผู้ปกครอง ซึ่งเป็นวิธีที่สะดวก ใช้เวลาไม่มาก และค่าใช้จ่ายน้อย

การสืบหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยควรใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง ร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ หรือการสัมภาษณ์พร้อมกับการติดตามการมารับยาของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผลที่ได้มีความแม่นยำที่สุด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

มีผู้สนใจทำการศึกษายปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเป็นจำนวนมาก เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงและส่งเสริมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น โดยปัจจัยที่มีการรายงานว่าเกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา ได้แก่

1. ภาวะความเจ็บป่วย ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรครุนแรงจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาสูง ในขณะที่ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการแสดงจะมีแนวโน้มไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา เช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานานจะมีแนวโน้มไม่ร่วมมือในการใช้ยามากกว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคเฉียบพลันที่ต้องใช้ยาในเวลาสั้นๆ

2. ยาและแบบแผนการรักษา

2.1 คุณสมบัติของยาและลักษณะภาชนะบรรจุ เช่น ยาที่มีรส กลิ่น ไม่ดี ทำให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา หรือหากผู้ป่วยซึ่งเป็นคนสูงอายุต้องใช้ยาที่บรรจุในภาชนะที่เปิดยาก อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเปิดใช้ยาได้เอง ทำให้ไม่สามารถนำยาออกมาใช้ได้

2.2 การที่ยามีราคาสูง อาจทำให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจฐานะไม่ดี ไม่ร่วมมือในการใช้ยา

2.3 แบบแผนการใช้ยา การใช้ยาหลายขนาน การใช้ยาบ่อยครั้ง และความยุ่งยากในการใช้ยา ถ้าสิ่งเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นความไม่ร่วมมือในการใช้ยาก็เพิ่มมากขึ้นด้วย

2.4 อาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ถ้ายาทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้ง่ายหรือรุนแรง แนวโน้มที่ผู้ป่วยจะไม่ร่วมมือในการใช้ยาจะสูง

3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางการแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญในการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาหรือการปฏิบัติตามแบบแผนการรักษา พบว่า ถ้าผู้ป่วยพึงพอใจและเกิดความเชื่อถือในบุคลากรทางการแพทย์แล้วจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น หากบุคลากรทางการแพทย์ใส่ใจให้ข้อมูลต่างๆ ทั้งในเรื่องสภาวะโรคแก่ผู้ป่วย แผนการรักษา และการใช้ยาที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา นอกจากนั้นความสัมพันธ์และความเป็นกันเองระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น

4. ผู้ป่วย ผู้ป่วยเป็นผู้ตัดสินใจในการมาพบแพทย์หรือในการใช้ยา และยังเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการประเมินผลการรักษาอีกด้วย หากผู้ป่วยเห็นว่าอาการของตนเองไม่ดีขึ้นจากการรักษาอาจจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ดังนั้น ตัวผู้ป่วยเองจึงเป็นตัวแปรหรือปัจจัยที่สำคัญยิ่งในการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่

4.1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ ได้แก่ เพศ อายุ สัญชาติ เศรษฐฐานะ

4.2 ความรู้เรื่องยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่ไม่มีข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับยาที่ตนเองจะต้องใช้ มีแนวโน้มที่จะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

4.3 ความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยประสบภาวะความเจ็บป่วยซึ่งเป็นภาวะที่ไม่พึงปรารถนา ผู้ป่วยจะพยายามหาทางที่จะบรรเทาการป่วยโดยเร็ว เช่น ไปพบแพทย์ แต่เมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยกลับไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาต่อเนื่องซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสร้างขึ้นเพื่อให้ตนเองกลับสู่ภาวะปกติโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากเชื่อว่าการใช้ยาต่อไปแสดงว่าตัวเองยังป่วยอยู่ ซึ่งเป็นความเชื่อที่ผิดที่ทุกฝ่ายต้องหาทางแก้ไข ในการทำความเข้าใจกับพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยเกี่ยวกับความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยนั้น มีทฤษฎีทางสุขภาพที่ใช้มานาน คือ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วย กล่าวโดยสรุป คือ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับสุขภาพ อาทิ ความร่วมมือในการใช้ยานั้น เกิดขึ้นจากความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงที่จะเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็น การรับรู้ผลของโรคที่เกิดว่าจะเป็นอันตรายต่อตัวผู้ป่วย การรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคจากการรักษา โดยความไม่ร่วมมือในการใช้ยานั้นจะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยเชื่อหรือรับรู้ว่าการรักษาหรือการใช้ยาของตนนั้นมีประสิทธิผลน้อย และตัวเองจะได้รับประโยชน์จากการใช้น้อยเมื่อเปรียบเทียบกับผลเสียหรือความไม่สะดวกที่จะเกิดขึ้น เช่น อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาหรือค่าใช้จ่ายในการรักษา

แนวทางการแก้ไขความไม่ร่วมมือในการใช้ยา

เมื่อพิจารณาตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่ร่วมมือในการใช้ยา จะสามารถเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาคความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้ดังนี้

1. ภาวะการเจ็บป่วย การที่แพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบถึงภาวะโรคของตนตามความเหมาะสม เน้นให้ผู้ผู้ป่วยรับทราบความสำคัญของการรักษาและการใช้ยาเพื่อลดภาวะโรค จะช่วยลดปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาได้

2. ยาและแบบแผนการรักษา

2.1 ปรับปรุงสูตรตำรับยาให้มีรส กลิ่น ตลอดจนภาชนะบรรจุให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

2.2 ยาที่มีราคาสูง ควรมีกลไกพิจารณาค่าเนนการให้ผู้ผู้ป่วยสามารถมีค่าใช้จ่ายโดยสะดวก ตามสิทธิการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยที่มีเศรษฐฐานะที่ไม่ดี สามารถมีค่าใช้จ่ายได้ตามความเหมาะสม

2.3 การปรับแบบแผนการใช้ยาให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติได้สะดวกขึ้น เช่น เลือกสั่งใช้น้อยขนาด และ/หรือให้ผู้ผู้ป่วยใช้ยาในแต่ละวันให้น้อยครั้งที่สุด โดยอาจเลือกยาที่ออกฤทธิ์อยู่ได้นาน หรืออาจเปลี่ยนวิถีทางในการบริหารยาให้สะดวกขึ้น

3. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

บุคลากรทางการแพทย์ควรทำความเข้าใจความรู้พื้นฐานของผู้ป่วยและวางแผนจัดระบบวันนัด อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจ และให้ความร่วมมือการรักษา การที่บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสนใจซักถามแม้เพียงเล็กน้อยกับผู้ป่วยหรือผู้ปกครองหรือผู้ป่วย เช่น ถามถึงความดี ความรุนแรงของอาการ ผลต่อชีวิตประจำวัน รวมถึงความเข้าใจในปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยเพิ่มความสนใจในตัวเองและเพิ่มความพึงพอใจของตัวผู้ป่วยต่อบุคลากรทางการแพทย์ด้วย มีการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเมื่อบุคลากรทางการแพทย์ให้คำแนะนำปรึกษา ให้ความรู้รวมไปถึงกระบวนการบริหารทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย จะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยา และจะทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยดีขึ้น

4. ผู้ป่วย

4.1 กรณีที่ผู้ป่วยมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความจำไม่ดี ควรมีการใช้อุปกรณ์ช่วยส่งเสริมการใช้ยา อุปกรณ์ช่วยเตือนความจำ เช่น ปฏิทินแสดงวันที่ต้องใช้ยา กล้องหรือตลับบรรจุยาที่จัดเตรียมเป็นพิเศษ หรือ สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาการอ่านฉลากยา ควรมีการจัดทำฉลากยาที่ทำเป็นตัวอักษรใหญ่เป็นพิเศษ หรือเป็นรูปภาพ

4.2 การให้ความรู้และการแนะนำการใช้ยา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยามากขึ้น

4.3 การปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งสามารถทำได้โดย

4.3.1 การให้คำแนะนำปรึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษา และความเสี่ยงของการกำเริบของโรคที่จะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา ไม่ยอมรับการรักษา ตามหลักการของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงประโยชน์ของการใช้ยาและการรักษา พร้อมให้คำแนะนำถึงวิธีหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับอาการข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่า อาการที่อาจเกิดขึ้นนั้นหลีกเลี่ยงและจัดการได้

4.3.2 การเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาและรับผิดชอบตัวเอง เช่น โปรแกรมการจัดการตนเอง (self management program) ซึ่งโดยหลักการจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตัวเอง รู้จักตัดสินใจว่าจะปฏิบัติตัวในภาวะต่างๆ อย่างไร โดยจะมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นและยาที่ใช้โดยผ่านการอภิปรายปัญหาหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ป่วยรายอื่นๆ ซึ่งผลดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยแต่ละคนที่เรียนรู้จะมีความร่วมมือในการใช้ยาและควบคุมอาการของโรคได้

สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยซึ่งเป็นการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาให้ได้ผลดี บุคลากรทางการแพทย์ควรติดตาม

และประเมินผลเป็นระยะเพื่อว่าเมื่อเกิดปัญหาจะได้แก้ไขได้ทันเวลา การประเมินผลยังช่วยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการให้ความร่วมมือในการรักษาเพื่อให้ควบคุมอาการของโรคได้ตลอดเวลาด้วย

การส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกวิธี ควรจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้ว่าการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่กำหนดไม่ใช่เรื่องยากที่จะทำได้ แต่สามารถปฏิบัติได้เป็นปกติในชีวิตประจำวัน เพราะหากผู้ป่วยเชื่อว่าการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่กำหนดเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก จะทำให้ผู้ป่วยขาดความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยาลดความดันโลหิตสูง และอาจส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาได้ นอกจากนี้ควรทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีและมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่หยุดยาเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความรู้และเน้นย้ำถึงความสำคัญของการรักษา การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และการมารับยาตามแพทย์นัดหรือก่อนยาหมดเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท อยู่ตลอดเวลาและตลอดไป

การวัดความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในการศึกษานี้ ใช้ 2 วิธี คือ

1. แบบประเมินการให้ความร่วมมือในการใช้ยา modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS) ฉบับภาษาไทย แปลโดยศุภิพร สร้อยแก้ว [32] ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยวัดความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคประจำตัวทุกรายการที่ได้รับจากโรงพยาบาลบ้านนาสารและโรงพยาบาลอื่น

แบบประเมินนี้ประกอบด้วย ข้อคำถาม 8 ข้อ มีข้อคำถามเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 7 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 1 ข้อ คือ ข้อ 5 และข้อคำถามทางลบ 6 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 6 และ 7 โดยสำหรับคำถามทางบวก หากตอบ ไม่ใช่ มีคะแนนเท่ากับ 0 ตอบ ใช่ มีคะแนนเท่ากับ 1 ส่วนคำถามทางลบ หากตอบ ไม่ใช่ มีคะแนนเท่ากับ 1 ตอบ ใช่ มีคะแนนเท่ากับ 0 และมีข้อคำถามแบบเลือกตอบ 1 ข้อ มี 5 ตัวเลือก ให้ผู้ป่วยพิจารณาว่าตรงกับกรปฏิบัติตนเองหรือไม่ โดยเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ไม่เคยเลย	เท่ากับ 1 คะแนน
นานๆ ครั้ง บางครั้ง เกือบทุกครั้ง ประจำทุกครั้ง	เท่ากับ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

เกณฑ์ในการให้คะแนนให้รวมทั้ง 2 ส่วน

8 คะแนน	แสดงว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับมาก
6-7 คะแนน	แสดงว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง
น้อยกว่า 6 คะแนน	แสดงว่า ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

2. แบบบันทึกการนับเม็ดยา [23, 32] เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา

โดยวัดความร่วมมือในการใช้ยารักษาโรคประจำตัวทุกรายการที่ได้รับจากโรงพยาบาลบ้านนาสาร และโรงพยาบาลอื่น

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา

$$\text{ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยา} = \left[\frac{\text{จำนวนยาที่ใช้จริง}}{\text{จำนวนยาที่ควรใช้}} \right] \times 100$$

โดยกำหนดเกณฑ์ ดังนี้

ร้อยละความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 ถือว่า ไม่มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

ร้อยละความร่วมมือในการใช้น้อยกว่าร้อยละ 80 ถือว่า มีปัญหาความร่วมมือในการใช้ยา

โดยทั่วไปแล้วความรับผิดชอบของเภสัชกรในการให้บริการทางเภสัชกรรม คือ การติดตามผลการใช้ยารักษาในผู้ป่วย ในหลายปีที่ผ่านมาเภสัชกรได้ทำหน้าที่ในการบ่งชี้ (identifying) และติดตามผลการรักษาทางคลินิกมาเป็นเวลานาน และในปัจจุบันนี้มีการให้ความสนใจเรื่อง การติดตามผลการรักษาทางคลินิกของการให้บริการรูปแบบต่างๆ มากขึ้น และมองไปถึงทางด้านความคุ้มทุน คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการให้บริการด้วย

การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) [23, 33]

การดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นบริการสาธารณสุขเชิงรุก โดยใช้บ้านของผู้ป่วยเองเป็นสถานพยาบาล เพื่อสนับสนุนและดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังต่างๆ มีทีมการแพทย์และสาธารณสุขให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเอง โดยที่มีเครือข่ายข้อมูลข่าวสารในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ทั้งในภาวะปกติและภาวะฉุกเฉิน

The American Society of Health-System Pharmacists (ASHP) [33] ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีบทบาทหลักในการดูแลการใช้เภสัชภัณฑ์ที่บ้าน (pharmaceutical products) และบทบาทในการติดตามทางคลินิก (clinical monitoring) ในกิจกรรมการบริการต่างๆ เช่น home infusion therapy, enteral nutrition therapy เป็นต้น โดยเภสัชกรที่

ให้บริการอาจเป็นเภสัชกรจากโรงพยาบาล หรือเภสัชกรในร้านยา หรือ เภสัชกรปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ ในหน้าที่หลักต่อไปนี้

1. ประเมินความเหมาะสมของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยดูตั้งแต่สภาพของผู้ป่วย จัดเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับยาที่จะใช้ต่อไป ประเมินสภาพของที่พักอาศัย สภาพที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย
2. เภสัชกรจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและประเมินผู้ป่วยขั้นต้นโดยการสัมภาษณ์โดยตรงจากผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาล แพทย์ผู้รักษา
3. เภสัชกรมีบทบาทในการเลือกผลิตภัณฑ์ และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับให้ยาหรือสารน้ำแก่ผู้ป่วย
4. เภสัชกรมีบทบาทร่วมกับบุคลากรอื่นในการกำหนดแผนการรักษาสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย ซึ่งแผนการรักษาจะเริ่มจากตอนต้นการรักษา และจะต้องทบทวนสม่ำเสมอ
5. เภสัชกรมีบทบาทในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ให้คำแนะนำอย่างเหมาะสมเกี่ยวกับการใช้ยา ตั้งแต่อธิบายยา วิธีการรับประทาน ขนาดยา เป้าหมายในการรักษา ข้อควรระวังในการใช้ยา การติดตามผลการรักษา อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาที่อาจเกิดขึ้น ข้อห้ามใช้ เครื่องมือที่ใช้ อุปกรณ์ที่จำเป็น
6. เภสัชกรจะต้องติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยเพื่อให้เป็นไปตามแผนการรักษา รวบรวมข้อมูล และสื่อสารกับบุคลากรอื่น แปลผลวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อมาใช้ในการปรับขนาดยาหรือหยุดยาอย่างเหมาะสม
7. เภสัชกรมีหน้าที่ในการรักษาความลับของผู้ป่วย ดูแลให้มีการสื่อสารอย่างมีคุณภาพระหว่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย
8. เภสัชกรมีบทบาทในการสื่อสารกับผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย
9. เภสัชกรต้องดูแลการจัดหายาและอุปกรณ์ที่ต้องใช้ การเก็บรักษา การส่งมอบยา
10. เภสัชกรมีบทบาทในการดูแลในการให้ความรู้เกี่ยวกับการล้างทำความสะอาด การทำลายของเสียจากการให้ยา กระบวนการในการป้องกันการจัดการเวลาถูกเข็มหรือของแหลมตำ การใช้ยาเคมีบำบัด เภสัชกรควรเป็นหลักในการพัฒนาให้ความรู้เหล่านี้ และมีบทบาทในการควบคุมการติดเชื้อ
11. เภสัชกรมีหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลการดูแลผู้ป่วยลงในเวชระเบียน
12. เภสัชกรควรเป็นผู้นำในการรายงานและติดตามอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงความคลาดเคลื่อนทางยาด้วย
13. เภสัชกรควรเป็นหลักในการพัฒนาข้อกำหนดและกระบวนการในการติดตามยาที่ต้องติดตาม (investigational drug) เมื่อนำมาใช้รักษาที่บ้าน
14. เภสัชกรควรเป็นผู้ที่ช่วยกระบวนการพัฒนาการปฏิบัติงานในองค์กร

15. เกสัชกรควรมีบทบาทในการพัฒนานโยบายและกระบวนการขององค์กร
16. เกสัชกรที่ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะต้องมีใบอนุญาต
17. เกสัชกรต้องมีการพัฒนาความรู้ใหม่ ๆ และพัฒนาทักษะการให้บริการอย่างสม่ำเสมอ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในประเทศไทย [23]

การบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในประเทศไทยได้เริ่มโครงการเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2536 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ช่วยเหลือตัวเองเพิ่มมากขึ้น ช่วยเหลือผู้ที่พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ให้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดจำนวนผู้ป่วยและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล รวมถึงลดอัตราการเกิดโรค อัตราการตาย และเพิ่มความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ป่วยและสถานบริการสาธารณสุข

ผู้ป่วยที่เข้าโครงการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านจะได้รับการดูแลไม่แตกต่างจากที่ได้รับจากโรงพยาบาลและช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสุขภาพเข้าสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น เนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย มีญาติคอยดูแลอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การบริการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งในภาวะเศรษฐกิจและสังคมของไทยในปัจจุบัน เพราะนอกจากจะช่วยลดผู้ป่วยที่ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลทั้งของรัฐและของผู้ป่วยเอง รวมทั้งประหยัดเวลาของผู้ป่วยและญาติในการเดินทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอีกด้วย

ปัจจุบันในประเทศไทยมีเกสัชกรปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับบุคลากรอื่นๆ ในทีมให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การรายงานผลการเยี่ยมบ้านโดยเกสัชกร รายงานในรูปแบบจำนวนปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบและการแก้ไขปัญหา แต่ยังมีการศึกษาวิจัยไม่มากที่ศึกษาถึงประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านโดยเกสัชกร เปรียบเทียบกับการให้บริการตามปกติ กระบวนการเยี่ยมบ้าน [21]

1. ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน เป็นระยะของการวางแผนกำหนดวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้านและเตรียมความพร้อมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวโดยใช้เพิ่มเวชระเบียนหรือสรุปการเยี่ยมบ้านในครั้งก่อน กระเป๋าเยี่ยมบ้าน อุปกรณ์และเครื่องมือที่ควรเตรียมไปเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ก็กล้องถ่ายภาพอาจเป็นอุปกรณ์อีกชิ้นที่ควรพกพาไป เพราะอาจใช้ถ่ายภาพเพื่อติดตามสภาพบาดแผล หรือถ่ายภาพที่น่าประทับใจภายในบ้าน ซึ่งอาจใช้เป็นเครื่องมือเตือนความทรงจำให้ผู้ป่วยและญาติรวมทั้งกระชับความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันได้ในภายหลัง อีกทั้งเป็นกำลังใจให้ทีมงานเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป
2. ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน ในขณะที่เยี่ยมบ้านจำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสาร เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการค้นหาปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเป็นองค์รวม รู้จักเข้าใจ เห็นอกเห็นใจผู้ป่วยและครอบครัว ทักษะเหล่านี้ได้แก่ การให้บริการด้านจิตวิทยาสังคมและการใช้เครื่องมือทางด้าน

มนุษย์วิทยา เช่น ประวัติผู้ป่วย ผังเครือญาติ และแนวปฏิบัติเมื่อไปถึงบ้านผู้ป่วย โดยต้องมุ่งเน้นความสนใจที่ตัวผู้ป่วย ไม่ใช่มุ่งเน้นแต่โรคของผู้ป่วย ดังนั้น ต้องช่างสังเกตและประเมินทุกสิ่งทีพบที่บ้านผู้ป่วย นอกจากประเด็นจำเพาะที่ควรไปประเมินในผู้ป่วยแต่ละราย ยังมีประเด็นสุขภาพอื่นๆ ที่ประเมินในขณะที่เยี่ยมบ้านด้วย ประเด็นที่ควรประเมินผู้ป่วยในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งประกอบด้วย 8 ประเด็น หรือเขียนโดยย่อว่า “INHOMESSS” ซึ่งประเมินได้โดยเกศชกร กล่าวคือ

I-Immobility ประเมินการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเอง ความเสี่ยงที่จะหกล้ม และอาการเวียนศีรษะ เพราะอาจเกิดจากอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้

N-Nutrition ประเมินภาวะโภชนาการที่ผู้ป่วยได้รับ การควบคุมอาหาร ลักษณะการรับประทานอาหารจะบ่งบอกสภาพความเจ็บป่วยรวมถึงความเหมาะสมกับมือยาที่รับประทาน

H-Housing ประเมินสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วย ความเป็นอยู่ภายในบ้าน ความเหมาะสมของลักษณะการจัดบ้านกับการใช้ชีวิตของผู้ป่วย ผลของลักษณะการใช้ชีวิตในบ้านของผู้ป่วยต่อสุขภาพ ความสะอาดสบาย และความปลอดภัย

O-Other people ประเมินความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว จำนวนสมาชิกในบ้านและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เกศชกรควรประเมินข้อนี้ก่อนที่จะเชิญญาติมาให้คำแนะนำเรื่องการใช้ยาแก่ผู้ป่วย เพราะหากเป็นบุคคลที่ขัดแย้งกับผู้ป่วย ความรู้ที่ได้จากเกศชกรก็อาจไม่เป็นประโยชน์หรืออาจถูกใช้เป็นเครื่องมือในความขัดแย้งต่อไปได้ นอกจากนี้ ควรประเมินผลกระทบจากความสัมพันธ์ในบ้านต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น รักและเอาใจกันมากจนทำให้ผู้ป่วยไม่มีวินัยในการรับประทานยาหรือรักษาสุขภาพตนเอง หรือ ขัดแย้งกันจนผู้ป่วยกลุ่มใจ ซึมเศร้า จนทำให้ไม่มีวินัยในการรับประทานยา เป็นต้น

M-Medication ประเมินการใช้ยาที่ได้รับ ประเมินวิธีการรับประทานยา การเก็บยา ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ประเมินยาทุกชนิดที่ผู้ป่วยใช้เพื่อวัตถุประสงค์ความเป็นยา ซึ่งไม่ได้หมายถึงแต่ยาที่แพทย์สั่งเท่านั้น ยาที่ผู้ป่วยและครอบครัวซื้อมาใช้เพิ่มเติมจากที่แพทย์สั่ง ยาที่ได้มาจากหลายสถานพยาบาล ทั้งในด้านจำนวนยาและวิธีใช้ ตลอดจนวิธีการใช้ยาของผู้ป่วยในชีวิตจริง การจัดเก็บยา และปัญหาในการใช้ยา ซึ่งในการประเมินดังกล่าวควรระวังท่าทีในการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการใช้ยา หรือลักษณะที่เหมือนเป็นการจับผิดผู้ป่วย

E-Examination การตรวจร่างกายที่เกศชกรน่าจะทำได้ คือ การวัดสัญญาณชีพต่างๆ ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิ และการตรวจลักษณะทั่วไปที่มองเห็นได้ เช่น ซีดเหลือง บวม เป็นต้น ดังนั้นแม้ผู้ป่วยจะไม่ได้แจ้งอาการเหล่านั้นให้บุคลากรทางการแพทย์ทราบ บุคลากรก็สามารถสังเกตและประเมินภาวะของผู้ป่วย เพิ่มเติมจากประวัติที่พบทวนก่อนมาเยี่ยมบ้าน ว่าภาวะ

ดังกล่าวเป็นผลจากยาหรือมีผลต่อการใช้ยาหรือไม่ เช่น อาการเวียนศีรษะเวลาลุกขึ้นยืน โดยบุคลากรอาจให้ผู้ป่วยลองลุกขึ้นยืน แล้วทำการวัดความดันโลหิตและชีพจร อาจตรวจพบความดันโลหิตตกขณะลุก ซึ่งอาจเป็นผลมาจากยาความดันโลหิต กลุ่ม beta-blockers ที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ เป็นต้น

S-Safety ประเมินความปลอดภัยของผู้ป่วย ประเมินความปลอดภัยทั้งในบ้านและนอกบ้าน เช่น บ้านของผู้ป่วยสูงอายุที่มีพื้นต่างระดับอยู่บริเวณที่ผู้ป่วยต้องใช้บ่อยๆ มีบันไดสูงชัน ไม่มีราวจับ เมื่อจะรับประทานยาแต่ละครั้งต้องเดินขึ้นไปเอายาบนชั้นสองของบ้าน ทั้งที่ส่วนใหญ่ใช้ชีวิตอยู่ชั้นล่างทั้งวัน นอกจากจะทำให้ล้มรับประทานยาได้ง่ายยังทำให้ไม่ปลอดภัยขณะไปเอายามารับประทาน หรือในบ้านมีสัตว์เลี้ยงอยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา อาจสะกูดสัตว์เลี้ยงจนหกล้มเวลาเดินไปมาในบ้านได้ ความปลอดภัยนอกบ้านได้แก่ ความปลอดภัยรอบตัวบ้าน การเข้าถึงบ้านและความปลอดภัยในชุมชน เป็นต้น

S-Spirituality ประเมินความเชื่อทางจิตวิญญาณ เข้าใจความหมายชีวิต การพุดคุย และสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดี จะทำให้เข้าใจผู้ป่วยได้ว่าทุกวันนี้ชีวิตอยู่อย่างมีความหมายได้ต่อเมื่อชีวิตเป็นอย่างไร เช่น คนในบ้านไม่ทะเลาะกัน บ้านสงบสุข หรือ ได้ทำตนให้เป็นประโยชน์ไม่เป็นภาระของผู้อื่น หรือ ได้ทำบุญทำทานเป็นกุศลในชีวิต เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้นอกจากจะเป็นตัวกำหนดความสุขในชีวิตประจำวันให้แก่ผู้ป่วยแล้ว ยังเป็นปัจจัยที่จะบ่งบอกวินัยและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอีกด้วย เช่น สังเกตจากการพุดคุยและพบว่าผู้ป่วยไม่มีกำลังใจจะใช้ชีวิตอยู่ต่อเพราะรู้สึกว่าเป็นภาระลูกหลาน ก็อาจส่งผลให้ไม่อยากรับประทานยาเพื่อรักษาชีวิตให้รอดอีกต่อไป เป็นต้น

S- Services สถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด คิดจากมุมมองของผู้ป่วยว่าหากเจ็บป่วยจะสามารถเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลใด วิธีและค่าใช้จ่ายในการเดินทางจากบ้านไปยังสถานพยาบาลตลอดจนระยะเวลาที่ใช้ในการเดินทาง ซึ่งในที่นี้หมายถึงรวมถึงร้านยาที่ใช้เป็นประจำด้วย นอกจากนี้ควรพิจารณาในประเด็นการเกิดภาวะฉุกเฉินว่าผู้ป่วยจะสามารถขอรับความช่วยเหลืออย่างไร จากแหล่งใด

อย่างไรก็ตาม บุคลากรทางการแพทย์ที่จะไปเยี่ยมบ้าน ต้องเข้าใจแนวคิดสุขภาพว่าเป็นองค์รวมเสียก่อน มีระบบครอบครัว ชุมชน สังคมและวัฒนธรรมที่ล้อมรอบอยู่ต่างก็มีทั้งอดีตและปัจจุบัน มาเป็นสุขภาพของผู้ป่วยในวันนี้ ดังนั้นการเดินทางเข้าไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ควรให้เกียรติผู้ป่วยและญาติ ระมัดระวังอย่าทำให้การไปเยี่ยมบ้านเป็นการจับผิดผู้ป่วย โดยเอาทฤษฎีความรู้ของวิชาชีพตนลงไป วิพากษ์วิจารณ์ชีวิตและพยายามสั่งให้ผู้ป่วยปรับชีวิตจริงมาใกล้เคียงกับทฤษฎีของบุคลากรซึ่งในภาวะดังกล่าว จะทำให้การเยี่ยมบ้านมีผลเสียหรือเกิดผลข้างเคียงได้ ผู้ป่วยอาจรู้สึกไม่

อยากให้บุคลากรทางการแพทย์มาเยี่ยมบ้านอีก เพราะนอกจากทำให้รู้สึกไม่ดีต่อการมีชีวิตอยู่ของตนเองแล้ว ยังรู้สึกไม่ดีที่มีบุคลากรทางการแพทย์มานุก่อกถึงบ้าน ผู้ป่วยอาจไม่รู้สึกว่า การเยี่ยมบ้าน จะช่วยให้มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

3. ระยะหลังการเยี่ยมบ้าน เป็นระยะหลังการเยี่ยมบ้าน ได้มาพูดคุยกันเพื่อสรุปปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวที่เยี่ยม แนวทางแก้ปัญหาหรือการติดตามเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปและนำผลที่ได้มาบันทึกลงในรายงานหรือแบบบันทึกการเยี่ยมบ้าน เพื่อประกอบการดูแลต่อเนื่องต่อไป

คุณภาพชีวิต [34, 35]

Schron และ Shumaker [36] ให้นิยามคุณภาพชีวิต หมายถึง ความคิดหลายๆ ด้านเกี่ยวกับความเป็นอยู่ของบุคคล ทั้งด้านจิตวิทยา สังคม และสุขภาพ

Ericksion [37] ให้นิยามคุณภาพชีวิต หมายถึง คุณค่าที่ถูกกำหนดไว้ในช่วงระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่ ที่เปลี่ยนแปลงไปเพราะความไม่สมบูรณ์ของบทบาทหน้าที่ การรับรู้ และโอกาสทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนั้นเป็นผลมาจากการมีโรค ความเจ็บป่วย การรักษา หรือวิถีทางการดำเนินชีวิต โดยทั่วไปแล้ว การวัดคุณภาพชีวิตจะวัดใน 5 มิติ [35] คือ

1. สุขภาพทางกาย
2. สุขภาพทางใจ
3. สังคมและบทบาทหน้าที่
4. การรับรู้ความเป็นอยู่โดยทั่วไป
5. โรคและ/หรือการรักษาที่สัมพันธ์กับอาการที่เป็นอยู่

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ [38] หมายถึง ระดับความสมบูรณ์และความพึงพอใจที่ผูกพันกับชีวิตแต่ละบุคคลและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยหรือได้รับการรักษา

ความสำคัญของการวัดคุณภาพชีวิต [37, 38]

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นสิ่งหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (health-related quality of life; HRQOL) จึงมีความจำเป็นและเป็นผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สำคัญมาอย่างหนึ่ง โดยคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพเป็นผลลัพธ์ที่ไม่สามารถประเมินได้จากผลทางคลินิกหรือการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพียงอย่างเดียว การประเมินคุณภาพชีวิตจัดเป็นผลลัพธ์สำคัญที่ควรติดตามและประเมินผลในการรักษา เนื่องจากทำให้บุคลากรทางการแพทย์เข้าใจผลกระทบจากโรคและการรักษาต่อชีวิตของผู้ป่วยจากมุมมองของผู้ป่วยเอง (patient perspective) ซึ่งตรงกับความคิดของการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (holistic care) ที่ให้ความสำคัญและเอาใจใส่ต่อความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น มองผู้ป่วยโดยพิจารณาสิ่งต่างๆ ทั้งหมดที่มีความสัมพันธ์และความสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยเอง ไม่ใช่แค่การมองที่ตัวโรค ซึ่งตรงกับแนวคิดการ

ให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่ให้ความสำคัญผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการรักษา โดยเน้นผู้ป่วยเป็นหลักมากกว่าตัวยา

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต

โดยทั่วไปสามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ

1. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบทั่วไป (generic instruments) ซึ่งออกแบบมาเพื่อใช้ได้กับทุกกรณี ใช้ได้กับผู้ป่วยทุกโรค

ข้อดี คือ สามารถนำข้อมูลที่ได้มาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยต่างกลุ่มโรคได้ และสามารถวัดผลของการรักษาที่มีต่อชีวิตของผู้ป่วยในมิติต่างๆ

ข้อเสีย คือ ไม่มีความเฉพาะเจาะจงและไม่มีความไวต่อความแตกต่างในแต่ละโรค

2. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตแบบเฉพาะโรค (disease-specific instruments) ซึ่งออกแบบมาให้มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วยในแต่ละโรค

ข้อดี คือ มีความไวในการวัดความแตกต่างหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเนื่องจากการรักษาที่ให้ในแต่ละโรคได้

ข้อเสีย คือ ใช้ได้กับผู้ป่วยเฉพาะโรคเท่านั้น อาจจะไม่ครอบคลุมบางมิติของชีวิต จึงไม่สามารถนำมาใช้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตระหว่างผู้ป่วยต่างโรคได้

เนื่องจากยังไม่มีข้อกำหนดหรือข้อตกลงที่ชัดเจนเกี่ยวกับแนวความคิดของคุณภาพชีวิต จึงเป็นการยากที่จะสรุปถึงการเลือกใช้เครื่องมือหรือเครื่องชี้วัดในการประเมินคุณภาพชีวิตที่เป็นมาตรฐานสากล การประเมินคุณภาพชีวิตของบุคคลจึงมีความหลากหลาย และมีรูปแบบวิธีการประเมินที่แตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับแนวคิด และวัตถุประสงค์ของการศึกษา

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิต [38]

EuroQoL-5D (EQ-5D) เป็นเครื่องมือที่มีการใช้อย่างกว้างขวางในการวัดคุณภาพชีวิต และมีฉบับแปลเป็นภาษาต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงภาษาไทย ส่วนแรกของแบบสอบถามเป็นการประเมินสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยใน 5 มิติ ได้แก่ การเคลื่อนไหว (mobility) การดูแลตัวเอง (self-care) กิจกรรมทั่วไป (usual activities) ความปวด/ความไม่สบาย (pain/discomfort) และความวิตกกังวล ความซึมเศร้า (anxiety/depression) แต่ละมิติจะมีตัวเลือกแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ไม่มีปัญหา มีปัญหาปานกลาง และมีปัญหาอย่างมาก ซึ่งสามารถนำผลการประเมินใน 5 มิติ มาคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ ซึ่งมีค่าอยู่ในช่วง 0-1 โดย 0 หมายถึง ความตาย (death) และ 1 หมายถึง สภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (full health) การคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์จาก EQ-5D สามารถใช้สมการที่ได้จากวิธี Time-trade-off (TTO) จากตัวอย่างประชากรผู้ใหญ่ทั่วไปที่ได้จากการสุ่มในประเทศอังกฤษ ซึ่งคะแนนอรรถประโยชน์ที่ได้มีค่าระหว่าง -0.59 ถึง 1.00 และในปัจจุบันมีวิธีการคำนวณ

คะแนนอรรถประโยชน์โดยใช้สมการที่ได้จากประชากรไทย ซึ่งคะแนนอรรถประโยชน์ที่ได้จะมีค่าอยู่ระหว่าง -0.45 ถึง 1.00

ส่วนที่สองของ EQ-5D เป็น visual analogue scale (VAS) แนวตั้ง มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดยคะแนน 100 หมายถึงภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ (perfect health) หรือภาวะสุขภาพที่ดีที่สุดที่สามารถนึกได้ และคะแนน 0 หมายถึง ความตาย (death) หรือภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุดที่สามารถนึกได้ ซึ่งสามารถนำคะแนนจาก VAS ไปใช้ในการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์เช่นกัน โดยการนำค่าคะแนนที่ได้หารด้วย 100 จะได้คะแนนอรรถประโยชน์อยู่ระหว่าง 0-1

ข้อดี ของ EQ-5D เมื่อเปรียบเทียบกับเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตแบบทั่วไปอื่นคือ เป็นเครื่องมือที่ง่ายในการตอบ และใช้ระยะเวลาในการตอบเพียงประมาณหนึ่งนาที รวมทั้งสามารถประเมินมิติทางสุขภาพได้หลายมิติโดยใช้เพียงเครื่องมือเดียว ใช้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยต่างโรคได้ อีกทั้งเป็นแบบสอบถามที่สามารถขออนุญาตการใช้ได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

Theodorou et al [39] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไชปรัส จำนวน 528 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D พบว่า ความดันโลหิตมีความเกี่ยวข้องกับคะแนนในมิติการเคลื่อนไหว การทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบาย และความวิตกกังวลและความซึมเศร้า โดยคะแนน EQ-5D มีค่ามัธยฐาน (ค่าพิสัยควอไทล์) เท่ากับ 0.97 (0.19), 0.97 (0.19) และ 0.97 (0.17) เมื่อเริ่มต้นการศึกษา การติดตามครั้งที่ 1 และการติดตามครั้งที่ 2 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) สำหรับค่า EQ VAS score เท่ากับ 80 (20), 85 (10) และ 90 (15) เมื่อเริ่มต้นการศึกษา การติดตามครั้งที่ 1 และการติดตามครั้งที่ 2 ตามลำดับ ซึ่งแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) อย่างไรก็ตาม โรคความดันโลหิตสูงมีผลต่อการเคลื่อนไหว และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพียงเล็กน้อย แต่มีผลเป็นอย่างมากต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้า

Masoom et al [40] ศึกษาผลของการให้การบำบัดเภสัชกรรมต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประเทศปากีสถาน จำนวน 116 ราย พบว่าหลังจากให้การบำบัดทางเภสัชกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้ป่วยมีคะแนน EQ-5D utility score เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.002$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเริ่มต้นการศึกษาและสิ้นสุดการศึกษา โดยมีค่าเท่ากับ 0.8789 ± 0.17993 และ 0.9276 ± 0.1392 ตามลำดับ สำหรับ EQ VAS score มีค่าเฉลี่ยเริ่มต้นการศึกษาเปรียบเทียบกับสิ้นสุดการศึกษา เท่ากับ 65.56 ± 16.67 และ 78.00 ± 12.649 ($P = 0.002$)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย [41]

ในการวัดผลการให้บริการทางเภสัชกรรม นอกจากการวัดผลทางคลินิกแล้วควรมีการวัดผลความพึงพอใจของผู้ป่วยด้วย ซึ่งความพึงพอใจของผู้ป่วยจัดเป็นผลลัพธ์ด้านมานุษยวิทยาที่สำคัญอีกผลลัพธ์หนึ่ง

วิรพ พรรณเทวี ให้นิยาม ความพึงพอใจ ว่า “ระดับความรู้สึกภายในจิตใจของมนุษย์ที่ไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลว่าจะคาดหวังกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งอย่างไร ถ้าคาดหวังหรือมีความตั้งใจมากและได้รับการตอบสนองด้วยดีจะมีความพึงพอใจมาก แต่ในทางตรงกันข้ามอาจผิดหวังหรือไม่พึงพอใจเป็นอย่างยิ่งเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามที่คาดหวังไว้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่ตั้งใจไว้ว่ามีมากหรือน้อย”

ชรีณี เดชจินดา ให้นิยาม ความพึงพอใจ ว่า “ความรู้สึกหรือทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ความรู้สึกพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการของบุคคลได้รับการตอบสนองหรือบรรลุเป้าหมายระดับหนึ่ง ความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้น หากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง”

อนงค์ เอื้อวัฒนา ให้นิยาม ความพึงพอใจ ว่า “ความรู้สึกของบุคคลที่แสดงออกทั้งในด้านบวกหรือด้านลบ มีความสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อสิ่งที่ต้องการ ซึ่งความรู้สึกพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับหรือบรรลุจุดมุ่งหมายในสิ่งที่ต้องการในระดับหนึ่ง และความรู้สึกดังกล่าวจะลดลงหรือไม่เกิดขึ้นหากความต้องการหรือจุดมุ่งหมายนั้นไม่ได้รับการตอบสนอง”

จากคำนิยามของความพึงพอใจที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า ความพึงพอใจเป็นทัศนคติที่เป็นนามธรรมเกี่ยวกับ จิตใจ อารมณ์ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง อาจเกิดขึ้นจากความคาดหวังหรือเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อดังนั้นสามารถตอบสนองความต้องการให้แก่บุคคลได้ซึ่งความพึงพอใจที่เกิดขึ้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามค่านิยมและความต้องการของตัวบุคคล

ความพึงพอใจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางจิตวิทยา 2 ประการ คือ

1. การประเมินหรือแบ่งระดับสิ่งที่ได้เรียนรู้ เกี่ยวกับโครงสร้าง ขั้นตอน และผลจากการบริการ
2. ปฏิกริยาทางอารมณ์ต่อสิ่งที่ เป็น โครงสร้าง ขั้นตอน และผลจากการบริการ

ความพึงพอใจมีลักษณะคล้ายกับคุณภาพชีวิตตรงที่เป็นผลมาจากปัจจัยหลายด้าน ซึ่งอาจจะแตกต่างกันไป จากรายงานของ Cleary และ McNeil กล่าวว่า การวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยทั่วไปจะวัดในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ความคาดหวังของผู้ป่วยต่อการรักษา (personal aspects of care)
2. คุณภาพของเทคนิคในการรักษา (technical quality of care)
3. การสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ของการรักษาที่มีให้ (accessibility and availability of care)

4. การรักษาอย่างต่อเนื่อง (continuity of care)
5. ความสะดวกสบาย (convenience)
6. การจัดสถานที่ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (physical setting)
7. การพิจารณาด้านงบประมาณ (financial considerations)
8. ประสิทธิภาพในการรักษา (effectiveness)

Marshall et al ได้พัฒนาแบบวัดความพึงพอใจฉบับสั้น โดยวัดความพึงพอใจต่อผลการรักษาซึ่งสามารถใช้ประเมินในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคซึมเศร้า ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 18 ข้อ แบ่งเป็นความพึงพอใจในด้านต่างๆ 7 ด้าน คือ

1. ด้านความพึงพอใจทั่วไป (general satisfaction)
2. ด้านคุณภาพทางเทคนิค (technical quality)
3. ด้านกิริยามารยาทของบุคลากร (interpersonal manner)
4. ด้านการติดต่อสื่อสาร (communication)
5. ด้านความคาดหวังด้านค่ารักษาพยาบาล (financial aspects)
6. ด้านเวลาที่ใช้ในการพบแพทย์ (time spent with doctor)
7. ด้านความสามารถเข้าถึงบริการ และความสะดวกสบาย (accessibility and convenience)

จากการศึกษาของ Kucukarslan พบว่าการวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยควรจะทำแบบสอบถามเฉพาะต่อการบริการที่เภสัชกรได้ให้บริการ เพราะความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับขึ้นอยู่กับความจำของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับในอดีตเปรียบเทียบกับบริการที่ได้รับในปัจจุบัน ซึ่งสิ่งที่คุณค่าที่สุดคือ ความพึงพอใจต่อข้อมูลจากเอกสารที่ได้รับและเวลาที่ต้องรอรับบริการ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Zillich et al [42] ศึกษาผลของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมโรคความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกร โดยศึกษาประสิทธิผลการวัดความดันโลหิตสูงที่บ้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่มีเภสัชกรดูแลแบบ high intensity กับกลุ่มควบคุมที่มีเภสัชกรดูแลแบบ low intensity มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 64 ราย และ 61 ราย ตามลำดับ สำหรับกลุ่มทดลองเภสัชกรแนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ติดตามผลการรักษาโดยการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน สำหรับกลุ่มควบคุม เภสัชกรวัดความดันโลหิตแก่ผู้ป่วยและส่งต่อข้อมูลให้แพทย์ผู้รักษาตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าความดันโลหิต systolic blood pressure/diastolic blood pressure (SBP/DBP) แตกต่างกัน -4.5/-3.2 มิลลิเมตรปรอท ค่าความดัน

โลหิต SBP ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าความดันโลหิต DBP แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.03$) สำหรับความร่วมมือในการใช้ยาวัดโดยใช้แบบสอบถาม Morisky Medication Adherence Scale 4 ข้อ พบว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แต่ในกลุ่มทดลองพบว่าความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อสิ้นสุดการศึกษา ($P=0.004$) ในขณะที่ในกลุ่มควบคุมไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Anne et al [43] ศึกษาผลการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิต DBP ไม่ได้ (มากกว่าหรือเท่ากับ 95 มิลลิเมตรปรอท) โดยแบ่งผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 กลุ่มควบคุมมีผู้เข้าร่วมการศึกษา 63 ราย ได้รับการรักษาตามปกติ กลุ่มที่ 2 กลุ่มทดลอง 1 มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 99 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านและให้สมาชิกในครอบครัววัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้าน และกลุ่มที่ 3 กลุ่มทดลอง 2 มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 56 ราย ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเภสัชกรและพยาบาล ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองกลุ่มที่ 3 สามารถควบคุมความดันโลหิต DBP ได้ดีกว่า แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุมที่มีการรักษาตามปกติ

Hunt et al [20] ศึกษาประสิทธิผลของการรักษาร่วมกันเป็นทีมระหว่างแพทย์และเภสัชกรในผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ ระยะเวลาในการศึกษา 12 เดือน โดยเปรียบเทียบระหว่างการรักษาแบบปกติกับการรักษาโดยมีทีมแพทย์และเภสัชกรทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วย กลุ่มควบคุมมีผู้เข้าร่วมการศึกษา 233 ราย และกลุ่มทดลอง มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 230 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าความดันโลหิต SBP และ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (137/75 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ 143/78 มิลลิเมตรปรอท, $P=0.007$ และ $P=0.003$ ตามลำดับ) กลุ่มทดลองสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายของการรักษา คิดเป็นร้อยละ 62 และกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 44 ($P=0.003$) สำหรับความรู้เกี่ยวกับความดันโลหิตสูง ความร่วมมือในการรักษา และความพึงพอใจของผู้ป่วยไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคุณภาพชีวิตที่วัดโดยใช้แบบสอบถาม SF-36 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นคุณภาพชีวิตด้านการรับรู้สุขภาพ โดยทั่วไป ซึ่งพบว่ามีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.01$)

ศิริรัตน์ และรุ่งเพชร [24] ศึกษาการดูแลปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชนเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาด้านความปลอดภัยในการใช้ยา การควบคุมอาการของโรคเรื้อรังในชุมชนและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการทางเภสัชกรรมที่บ้าน (home pharmaceutical care) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 1,759 ราย จากการเยี่ยมบ้าน โดยเภสัชกรชุมชน พบปัญหาจากการใช้ยา คิดเป็น 2.5 ปัญหาต่อผู้ป่วย 1 ราย โดยส่วนใหญ่เป็นปัญหาการไม่ให้ความร่วมมือในด้านยา คิดเป็นร้อยละ 95 จากปัญหาทั้งหมด จากการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง พบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีขึ้น ผู้ป่วยกลุ่มความดันโลหิตระดับความรุนแรงขั้นที่ 2 (stage 2 มากกว่าหรือเท่ากับ 160/100)

เปลี่ยนเป็นกลุ่มที่มีระดับความรุนแรงน้อยกว่า (stage 1 มากกว่าหรือเท่ากับ SBP 140-159/DBP 90-99) ร้อยละ 56.1 นอกจากนี้เกษตรกรเยี่ยมบ้านได้ส่งผู้ป่วยกลับไปยังแพทย์ผู้รักษาและได้รับการตอบสนองจากแพทย์ ร้อยละ 55 พร้อมได้รับการแก้ปัญหาจากคำแนะนำของเกษตรกรเยี่ยมบ้าน

มณฑา และคณะ [44] ศึกษาผลของการเติมยารักษาความดันโลหิตสูงโดยเกษตรกรในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเทพา ศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมอาการได้ (ค่าความดันโลหิต <140/90 มิลลิเมตรปรอท) ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละของผู้ป่วยที่มีปัญหาในการใช้ยา กลุ่มทดลอง (ร้อยละ 22.4) น้อยกว่า กลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การให้บริการของเกษตรกรไม่มีผลเปลี่ยนแปลงค่าความดันโลหิตของผู้ป่วย ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจในระดับมากต่อการให้บริการของเกษตรกรในลักษณะนี้ โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.5 ± 0.6 จากคะแนนเต็ม 5.0 สำหรับกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 3.5 ± 0.7

อุโลทัย และคณะ [22] ศึกษาผลการบริหารทางเกษตรกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวาน 78 ราย ที่มารับบริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนบัววัด ซึ่งกลุ่มศึกษาจะได้รับคำแนะนำเรื่องสุขภาพแบบกลุ่มและได้รับการเยี่ยมบ้านเดือนละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน และกลุ่มควบคุมจะไม่ได้รับการบริหารทางเกษตรกรรมที่บ้านแต่ได้รับการบริการตามปกติที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเท่านั้น ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มศึกษามีระดับความรู้เรื่องโรคเบาหวานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ผลทางคลินิก ได้แก่ ค่า FBS, HbA1C, คอเลสเตอรอล, ไตรกลีเซอไรด์, LDL-C, และ HDL-C ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ผลที่มีต่อความร่วมมือในการใช้ยา โดยวัดเฉพาะกลุ่มศึกษา พบว่า เมื่อประเมินความร่วมมือในการรักษาในครั้งแรกพบว่า มีผู้ป่วยลืมนับประทานยาและหยุดยาเอง จำนวน 8 รายและ 5 ราย ตามลำดับ แต่หลังจากได้รับการเยี่ยมบ้านพบว่า ผู้ป่วยลืมนับประทานยาเหลือเพียง 4 ราย และไม่มีผู้ป่วยรายใดหยุดรับประทานยาเอง นอกจากนี้พบว่ากลุ่มศึกษามีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P = 0.014$) โดยมีระดับคะแนนเท่ากับ 179.80 ± 19.71 คะแนนและ 170.38 ± 20.93 คะแนน ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 225 คะแนนจากการประเมินโดยใช้แบบสอบถามซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Diabetes Control and Complication Trial (DCCT)

วิลาวัณย์ [23] ศึกษาผลการให้บริหารทางเกษตรกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ในระยะเวลา 6 เดือนก่อนการศึกษาเฉลี่ยตั้งแต่ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ผู้เข้าร่วมการศึกษากลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษา กลุ่มละ 65 ราย ทั้งสองกลุ่มรับบริการจากโรงพยาบาลตามปกติ และกลุ่มศึกษาได้รับการบริหารทางเกษตรกรรมที่บ้าน ทุก 6 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่าความร่วมมือในการใช้ยา และความรู้ในกลุ่มศึกษาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ผลต่อการควบคุมโรคไม่มีความแตกต่างกัน

ระหว่างกลุ่ม ผู้ป่วยที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านมีความพึงพอใจต่อบริการมาก โดยคะแนนมากกว่า 4 คะแนนในทุกข้อคำถาม (คะแนนเต็ม 5) ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจเมื่อได้พูดคุยกับ เภสัชกรเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของตนเป็นข้อที่คะแนนสูงสุด เท่ากับ 4.78 ± 0.42 คะแนน

Carter BL [45] ได้ศึกษาการควบคุมความดันโลหิตสูง คุณภาพชีวิต คุณภาพการรักษา และความพึงพอใจต่อคำแนะนำจากเภสัชกรของผู้ป่วยในสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังจากการให้คำแนะนำจากเภสัชกร และแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุมจำนวน 26 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย ทำการศึกษาเป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่าความดันโลหิต SBP ในกลุ่มทดลองลดลงจาก 151 มิลลิเมตรปรอท เป็น 140 มิลลิเมตรปรอท เมื่อเริ่มต้นศึกษาเปรียบเทียบกับในเดือนที่ 6 พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แต่ในกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลง และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังจากการศึกษาเป็นเวลา 6 เดือน ($P < 0.05$) แต่ในกลุ่มควบคุมไม่พบการเปลี่ยนแปลง

Vivian [46] ได้ศึกษาผลการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงของเภสัชกรเปรียบเทียบกับผลการดูแลรักษาของแพทย์ในคลินิกปกติ โดยศึกษาไปข้างหน้าเป็นระยะเวลา 6 เดือน ในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิด essential hypertension ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 56 ราย สุ่มเป็นกลุ่มที่แพทย์ดูแลในคลินิกปกติ และเภสัชกรดูแลจำนวน 27 ราย และกลุ่มที่แพทย์ดูแลในคลินิกปกติ จำนวน 29 ราย ผู้ป่วยในกลุ่มที่เภสัชกรดูแลจะได้รับการนัดมาพบเภสัชกรทุกเดือนเพื่อรับยาหรือปรับเปลี่ยนการใช้ยาลดความดันโลหิตสูงตามความเหมาะสม แต่จะไม่เปลี่ยนแปลงยาอื่นๆ ที่อาจมีผลไม่พึงประสงค์ต่อระบบความดันโลหิต และเภสัชกรจะให้ความรู้ในเรื่องโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงของ JNC-VI ผู้ป่วยในกลุ่มที่แพทย์ดูแลจะได้รับการบริการทั่วไปที่เคยปฏิบัติจากเภสัชกร ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ควบคุมความดันโลหิตสูงให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท ในกลุ่มที่เภสัชกรดูแลมีจำนวน 21 ราย (ร้อยละ 81) ในกลุ่มที่แพทย์ดูแลมี 8 ราย (ร้อยละ 30) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่มี ความแตกต่างของความพึงพอใจของผู้ป่วยหรือการให้ความร่วมมือในการใช้ยาระหว่างผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม

บุญกร หนูจำ [47] ได้ศึกษาผลของการให้บริการของเภสัชกรในคลินิกรับยาต่อเนื่องต่อคุณภาพการรักษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงด้านการควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในช่วงที่กำหนด นอกจากนี้ยังศึกษาเวลาที่ผู้ป่วยใช้ในการรอรับบริการในแต่ละครั้ง ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการบริการที่ได้รับ ความร่วมมือในการใช้ยา การมาพบแพทย์ฉุกเฉินเนื่องจากภาวะความดันโลหิตสูง คุณภาพการใช้ยา และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 109 ราย ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ไม่เกิน 150/100 มิลลิเมตรปรอท ด้วยการใช้ยา

ลดความดันโลหิตสูงรูปแบบเดิมติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วมด้วย โดยผู้ป่วยถูกสุ่มเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้ารับบริการในคลินิกรับยาต่อเนื่อง (กลุ่มทดลอง) จำนวน 55 ราย และกลุ่มที่เข้ารับบริการในคลินิกปกติที่ผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ทุกครั้งที่มาโรงพยาบาล (กลุ่มควบคุม) จำนวน 54 ราย ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มจะได้รับการนัดมาโรงพยาบาลทุก 2 เดือน เป็นระยะเวลา 7 เดือน ผลการศึกษาพบว่า การควบคุมความดันโลหิต เวลาเฉลี่ยในการรอรับบริการความร่วมมือในการใช้ยา ระหว่างกลุ่มในแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาล และระหว่างครั้งที่มาโรงพยาบาลภายในกลุ่มแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน พบว่าเวลาเฉลี่ยในการรอรับบริการของการมาโรงพยาบาลรวมทั้ง 3 ครั้ง ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม 22 นาที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มพึงพอใจมากกับการบริการของคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งไม่แตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการวิจัย และผู้ป่วยกลุ่มทดลองพึงพอใจมากหากเภสัชกรให้บริการคลินิกรับยาต่อเนื่อง โรคความดันโลหิตสูงต่อไป (4.19 ± 0.86 คะแนน) ตลอดการวิจัยไม่พบการมาพบแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม รูปแบบการใช้ยาหลังการวิจัยของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม มากกว่าร้อยละ 95 ไม่มีการเปลี่ยนแปลง ระดับคุณภาพชีวิตในทุกๆ ด้านของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองค่อนข้างสูงกว่าในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการวิจัยแต่ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P > 0.05$)

Erhun [48] ได้ทำการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการให้คำแนะนำของเภสัชกรจะมีผลต่อการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยชาวไนจีเรียวัยกลางคนจนถึงสูงอายุที่ได้รับยาขับปัสสาวะ (amiloride hydrochloride 5 mg และ hydrochlorothiazide 50 mg) และ/หรือ methyl dopa ในการรักษาเริ่มแรกให้ดีขึ้นได้หรือไม่ โดยวิธี prospective cohort study ในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับการรักษา ณ ศูนย์สุขภาพในทางตะวันตกเฉียงใต้ของไนจีเรีย และทำการศึกษาเป็นระยะเวลา 1 ปี เปรียบเทียบผลการรักษาและระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้คำแนะนำของเภสัชกรในเรื่องการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยเภสัชกรจะให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาในปัจจุบัน เป้าหมายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำรงชีวิตของแต่ละคน การจัดการกับความเครียด การเพิ่มการออกกำลังกาย กระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นในการควบคุมความดันโลหิต ซึ่งมีผลต่อโรคที่เป็นและโรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งการปรับเปลี่ยนยาเพื่อให้เกิดประสิทธิผลการรักษาที่ดีขึ้นและลดโอกาสเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้ ผลการศึกษาพบว่าความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ลดลงจากร้อยละ 92 เป็นร้อยละ 36.2 และพบการรักษาล้มเหลวร้อยละ 5.9 กล่าวโดยสรุป การให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูงสามารถทำให้ความดันโลหิตลดลงอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ลดการรักษาที่ล้มเหลว

Hutchison et al [49] ศึกษาผลของการจัดการการบำบัดด้านยา (medication therapy management; MTM) ของทีมสหสาขาวิชาชีพระหว่างแพทย์กับเภสัชกรในผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ของการรักษาของผู้ป่วย ศึกษาในผู้ป่วย 106 ราย ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และ/หรือโรคไขมันในเลือดสูง เปรียบเทียบผู้ป่วยก่อนและหลังให้การจัดการการบำบัดด้านยา 5 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ค่าความดันโลหิต ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) จาก 147.4 มิลลิเมตรปรอทเป็น 134.7 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.01$) เช่นกันจาก 87.7 มิลลิเมตรปรอทเป็น 81.8 มิลลิเมตรปรอท

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก มีความชุกของโรคที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองและโรคไตวายเรื้อรัง โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องไปตลอดชีวิต และเนื่องจากเป็นโรคที่มีอาการแสดงออกที่ไม่แน่นอน ทำให้ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญที่จะต้องรักษาจึงไม่ยอมรักษาต่อเนื่อง ซึ่งการเกิดปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษา นอกจากจะทำให้เกิดความล้มเหลวในการรักษา เกิดโรคแทรกซ้อนและเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตแล้วยังทำให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากการเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ดังนั้นการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงการแก้ไขปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยทำให้การรักษา มีประสิทธิผลและผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคความดันโลหิตได้ จากการศึกษาในต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมด้วยรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการทำงานแบบสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย และการให้บริบาลทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในต่างประเทศทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น คุณภาพชีวิตและความพึงพอใจในการให้บริการเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทยยังมีการศึกษาในเรื่องดังกล่าวอยู่น้อย ดังนั้น ควรมีการศึกษาถึงบทบาทของเภสัชกรร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อให้เภสัชกรดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งจะช่วยให้สามารถค้นหาปัญหาและแก้ไขได้ตรงตามสาเหตุและป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ และนำไปใช้ประโยชน์ในโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยใช้การสุ่มอย่างง่ายแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มศึกษา จะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย และกลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มควบคุม จะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 น. - 16.30 น. และวันพุธ เวลา 8.30 น. - 16.30 น. ในช่วงเดือนมิถุนายน – พฤศจิกายน พ.ศ.2556

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 น. - 16.30 น. และวันพุธ เวลา 8.30 น. - 16.30 น. ในช่วงเดือนมิถุนายน – พฤศจิกายน พ.ศ.2556 จำนวน 76 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling)

ตัวแปรในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตัวแปรตาม

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

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (ภาคผนวก ค)
2. แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS) ฉบับภาษาไทย (ภาคผนวก ง)
3. แบบบันทึกการนับเม็ดยา เพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (ภาคผนวก จ)
4. แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQol-5D (EQ-5D) ฉบับภาษาไทย (ภาคผนวก ฉ)
5. แบบประเมินความพึงพอใจ (ภาคผนวก ช)
6. แผ่นพับความรู้และคู่มือเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้ในการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง (ภาคผนวก ซ)

ขั้นตอนของการศึกษา

ขั้นตอนของการศึกษาแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอน 1 เตรียมการก่อนดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอน 2 ดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอน 3 วิเคราะห์และประเมินผล

ขั้นตอน 1 เตรียมการก่อนดำเนินงานวิจัย

ขั้นเตรียมการก่อนดำเนินงานวิจัยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
2. ขออนุมัติด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร
3. ติดต่อประสานงานกับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านนาสาร เพื่อขออนุญาตทำวิจัย
4. คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 น. - 16.30 น. และวันพุธ เวลา 8.30 น. - 16.30 น. ในช่วงเดือนมิถุนายน – พฤศจิกายน พ.ศ.2556
 - 1.2 กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ในวันอังคารและวันพฤหัสบดี เวลา 13.00 น. - 16.30 น. และวันพุธ

เวลา 8.30 น. - 16.30 น. ในช่วงเดือนมิถุนายน – พฤศจิกายน พ.ศ.2556
จำนวน 76 คน ซึ่งคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย

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

ขนาดตัวอย่างในการวิจัยสามารถคำนวณได้จากสูตร [50]

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

กำหนดให้

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

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

$$\bar{p} = \frac{1}{2} (P_c + P_t)$$

เมื่อ $P_c =$ สัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มควบคุมที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ใน
เกณฑ์เป้าหมาย (0.44) [20]

$P_t =$ สัดส่วนของผู้ป่วยกลุ่มศึกษาที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ใน
เกณฑ์เป้าหมาย (0.62) [20]

$$N = \frac{2(1.96 + 0.84)^2 0.53(1 - 0.53)}{(0.44 - 0.62)^2}$$

ดังนั้น

$$N = 60 \text{ คน}$$

ประมาณการว่าอาจมีผู้ป่วยออกจากการวิจัยก่อนกำหนด [51] คิดเป็นร้อยละ 20 จึงเพิ่มขนาดผู้ป่วย
อีก $60 \times 20\% = 12$ คน ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 72 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยนี้
เท่ากับ 144 คน

- 1.4 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้า (inclusion criteria)

1.4.1 ผู้ป่วยนอกอายุ 18-65 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิต
สูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (essential hypertension) ทั้งที่ไม่มีโรคร่วมและมีโรคร่วม

1.4.2 ผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตก่อนการวิจัย เป็นเวลา 6 เดือน มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ไม่น้อยกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้งติดต่อกัน

1.4.3 ผู้ป่วยที่มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อประเมินโดย modified MMAS ฉบับภาษาไทย (ภาคผนวก ง) น้อยกว่า 6 คะแนนจากคะแนนเต็ม 8 คะแนน

1.4.4 ผู้ป่วยที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย

1.4.5 ผู้ป่วยที่ยินยอมและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

1.5 เกณฑ์การคัดผู้ป่วยออก (exclusion criteria)

1.5.1 ผู้ป่วยมีประวัติเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมองภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

1.5.2 ผู้ป่วยเป็นโรคตับ

1.5.3 ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร

1.5.4 ผู้ป่วยเป็นโรคสมองเสื่อม

1.6 วิธีจัดผู้ป่วยเข้ากลุ่ม ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (simple randomization) โดยใช้ตารางเลขสุ่ม แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มศึกษา จำนวน 72 คน จะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล

กลุ่มควบคุม จำนวน 72 คน จะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล

ขั้นตอน 2 ดำเนินงานวิจัย

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยมีดังนี้

1. ชี้แจงหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัยให้กับทีมแพทย์พยาบาล และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2. ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำงานคลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง เพื่อหาข้อมูลวันนัดของผู้ป่วย และใช้การสืบค้นข้อมูลของผู้ป่วยจากระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ภายในโรงพยาบาล (HosXP)

3. เภสัชกรผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลตามเอกสารชี้แจงเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ป่วยที่ผ่านการคัดเลือกทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา (ภาคผนวก ก) และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (ภาคผนวก ข)

4. เกสัชกรผู้วิจัยบันทึกข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลการใช้ยาทั้งหมด ค่าระดับความดันโลหิต น้ำหนัก ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอื่น ๆ การแพ้ยาและการนัดหมาย จากเวชระเบียนและโปรแกรมคอมพิวเตอร์ HosXP (ภาคผนวก ค)

5. พยาบาล สัมภาษณ์ถึงการปฏิบัติตัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเกสัชกรผู้วิจัย สัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยา โรคความดันโลหิตสูงโดยใช้แบบสอบถาม modified MMAS ฉบับภาษาไทย (ภาคผนวก ง) แบบบันทึกการนับเม็ดยา (ภาคผนวก จ) ประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D ฉบับภาษาไทย (ภาคผนวก ฉ) และประเมินความพึงพอใจ (ภาคผนวก ช)

6. ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษาได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล โดยที่เกสัชกรผู้ปฏิบัติงานไม่ทราบว่าผู้ป่วยคนใดอยู่ในกลุ่มควบคุมหรือกลุ่มศึกษา

การบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล หมายถึง ผู้ป่วยมารับบริการจากคลินิกโรคความดันโลหิตสูง แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ทุก 4-8 สัปดาห์หรือนานกว่านั้นตามวันที่แพทย์นัดรับบริการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ตรวจวัดค่าความดันโลหิตโดยพยาบาลหน้าห้องตรวจโดยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติยี่ห้อ OMRON HEM-7221 ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงและความตรงตรงทุก 6 เดือน การตรวจวัดระดับความดันโลหิต มีวิธีการวัดความดันโลหิตตามมาตรฐานของโรงพยาบาลบ้านนาสาร [7, 26] โดย

1.1 การเตรียมผู้ป่วย ไม่รับประทานชาหรือกาแฟ และไม่สูบบุหรี่ ก่อนทำการวัด 30 นาที ให้ผู้ป่วยนั่งพักบนเก้าอี้เป็นเวลา 5 นาทีหลังฟังพนักเพื่อไม่ต้องเกร็งหลัง เท้า 2 ข้างวางราบกับพื้น แขนซ้ายหรือขวาที่ต้องการวัดวางอยู่บนโต๊ะ ไม่ต้องกำมือ

1.2 การเตรียมเครื่องมือ ทั้งเครื่องวัดชนิดอัตโนมัติหรือปรอทกรณีที่ไม่สามารถวัดด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ จะต้องได้รับการตรวจเช็คมาตรฐานอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะๆ และใช้ arm cuff ขนาดที่เหมาะสมกับแขนของผู้ป่วย จะต้องครอบคลุมรอบวงแขนผู้ป่วยได้ร้อยละ 80 สำหรับแขนคนทั่วไปจะใช้ arm cuff ที่มีขนาด 12-13 เซนติเมตร x 35 เซนติเมตร

1.3 วิธีการวัด พัน arm cuff ที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขน 2-3 เซนติเมตร อ่านผลหน้าจอแสดงผลความดัน และอัตราการเต้นของหัวใจ

2. เข้าพบแพทย์และแพทย์สั่งยาโดยไม่มีเปลี่ยนแปลงรายการยาความดันโลหิตสูง ยกเว้นผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรืออาการแทรกซ้อนที่รุนแรง

3. รับยาจากเกสัชกรผู้ปฏิบัติงาน ณ ห้องจ่ายยาคลินิกความดันโลหิตสูง ในกรณีที่ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา ผู้ป่วยจะได้รับคำปรึกษาด้านยา ในห้องให้คำปรึกษาด้านยาคลินิกโรคความดันโลหิตสูงโดยเกสัชกรจะพูดคุยซักถามถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา และ

จ่ายยาตามที่แพทย์สั่ง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและยาที่ผู้ป่วยได้รับ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ชื่อยา สรรพคุณ วิธีการใช้ยา ข้อควรระวังในการใช้ยา อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น การเก็บรักษา ยา ข้อควรปฏิบัติกรณีลืมรับประทานยา การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย

4. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย เกณฑ์ประเมินโดยวิธีนับเม็ดยาในการใช้ยารักษาโรค ประจำตัวทุกรายการที่ได้รับจากโรงพยาบาลบ้านนาสารและโรงพยาบาลอื่นคำนวณความร่วมมือของยาแต่ละตัวแยกกันแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย หากผู้ป่วยใช้ยาเกินกว่าร้อยละ 80 ถือว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือ

5. ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D ฉบับภาษาไทย

6. ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ซึ่งผ่านการทดสอบความถูกต้องของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และการทดสอบความเชื่อมั่น (reliability test) ของแบบสอบถาม โดยวิธีวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ในผู้ป่วยในพื้นที่ที่ทำการศึกษารายงานจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.93

กลุ่มศึกษา: ผู้วิจัยจัดทำแผนที่บ้านของผู้ป่วยและออกเยี่ยมบ้านของผู้ป่วย ทุก 4-8 สัปดาห์หรือนานกว่านั้น ขึ้นกับวันที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ครั้งถัดไป รวม 3 ครั้ง โดยกิจกรรมของเภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง ได้แก่

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

เมื่อผู้วิจัยพบกลุ่มศึกษารั้งแรก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลต่อไปนี้

1. ความดันโลหิตที่วัดโดยพยาบาล โดยเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ ยี่ห้อ OMRON HEM-7221 เพื่อติดตามระดับความดันโลหิตของผู้ป่วย

2. ปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยอาศัยข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย เวชระเบียน และสมุดประจำตัวผู้ป่วย เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีปัญหาต่อไปนี้หรือไม่

2.1 ผู้ป่วยมีข้อบ่งใช้ในการใช้ยารักษาแต่ไม่ได้รับยา เนื่องจากไม่ได้รับการรักษา อาการหรือภาวะที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ ไม่ได้รับการรักษาอาการภาวะที่เกิดขึ้นใหม่หลังได้รับการรักษาไประยะหนึ่ง แพทย์หยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยต้องใช้ควบคุมหรือรักษาอาการหรือโรค ที่เป็นขณะนั้นหรือไม่สั่งใช้ยาที่ควรให้เพื่อเสริมฤทธิ์ในการรักษา

2.2 ผู้ป่วยใช้หรือได้รับยาที่ไม่เหมาะสมกับภาวะความเจ็บป่วย โรคหรืออาการหรือสภาพที่ผู้ป่วยเป็นทำให้อาการหรือโรคยังเป็นปัญหากับผู้ป่วยอยู่โดยเป็นการเลือกใช้ ยาที่มีข้อห้ามใช้หรือการเลือกใช้ยาที่มีประสิทธิผลแต่ไม่ใช่ว่าที่ปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยรายนั้น

2.3 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับน้อยเกินไป เนื่องจากขนาดยาดำเนินไป ระยะเวลาในการบริหารยาแต่ละมื้อห่างกันเกินไป หรือวิธีการบริหารยาไม่เหมาะสม

2.4 ผู้ป่วยได้รับยาที่ถูกต้องแต่ขนาดที่ผู้ป่วยได้รับนั้นมากเกินไป เนื่องจากขนาดยาสูงเกินไป หรือวิธีการบริหารยาไม่เหมาะสม

2.5 การเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา คือ การเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาหรือการแพ้ยา ในการประเมินอาการไม่พึงประสงค์ใช้วิธีการประเมินของ Naranjo หากความเป็นไปได้ของอาการไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับ “อาจจะใช่ (possible)” ขึ้นไป จึงจะถือเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา

2.6 การเกิดอันตรกิริยาของยาหมายถึงการเกิดและ หรือมีความเป็นไปได้ที่จะเกิดโรคหรืออาการอันเป็นผลจากอันตรกิริยาระหว่างยากับยา ยากับอาหารหรือยากับผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การเกิดอันตรกิริยาจะถือเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาเมื่อมีความสำคัญอยู่ในระดับ 1 และ 2 หรือพบความผิดปกติในผู้ป่วย การจัดระดับความสำคัญของอันตรกิริยาอ้างอิงจากหนังสือ “Drug Interactions” ฉบับภาษาไทยของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งแบ่งระดับของความสำคัญออกเป็น 5 ระดับ จาก 1 ถึง 5 ดังนี้

ระดับ 1 คือ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นรุนแรงและมีเอกสารหรือข้อพิสูจน์ยืนยันแน่นอน

ระดับ 2 คือ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นรุนแรงปานกลางและมีเอกสารหรือข้อพิสูจน์ยืนยันแน่นอน

ระดับ 3 คือ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงผลทางคลินิกและมีเอกสารหรือข้อพิสูจน์สนับสนุนบ้าง แต่ยังต้องหาข้อมูลเพิ่มเติม

ระดับ 4 คือ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นอาจจะเปลี่ยนแปลงผลทางคลินิกแต่มีเอกสารหรือข้อพิสูจน์มีข้อจำกัดมาก

ระดับ 5 คือ ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นไม่แน่ชัด หรือไม่รุนแรงประกอบกับไม่แน่ใจว่าจะมีเอกสารหรือข้อพิสูจน์หรือไม่

สำหรับความรุนแรงของปฏิกริยาแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ Major (ผลที่เกิดขึ้นอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิตหรือเป็นสาเหตุของความเสียหายอย่างถาวร) Moderate (ผลที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลง ต้องการการรักษาเพิ่มขึ้น ต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลนานขึ้น) และ Minor (ผลที่เกิดขึ้นเพียงก่อให้เกิดความรำคาญ หรือ บางครั้งแทบไม่สามารถสังเกตเห็นได้ แต่ต้องไม่รบกวนผลการรักษาที่ต้องการ ไม่จำเป็นต้องให้การรักษา)

2.7 ผู้ป่วยได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ หรือไม่มีข้อมูลยืนยันถึงข้อบ่งชี้ นั้น ได้แก่การใช้ยาโดยไม่มีโรคหรืออาการ ที่เป็นข้อบ่งชี้ หรือใช้ยาโดยไม่มีคามจำเป็น

3. ผู้วิจัยแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบ โดย

3.1 ปัญหาที่เกิดขึ้นขั้นตอนการสั่งใช้ยา เช่น สั่งใช้ยาที่มีข้อห้ามใช้ สั่งใช้ยาขนาด

ต่ำเกินไปหรือสูงเกินไป หรือ หยุดสั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ ผู้วิจัยจะประสานงานแพทย์ประจำคลินิก โรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลบ้านนาสาร โดยวิธีโทรศัพท์

3.2 ปัญหาในขั้นตอนการจ่ายยาของโรงพยาบาล เช่น ไม่มีรายการยาที่ใช้ในสมุด ประจำตัวผู้ป่วย รายการยาที่ผู้ป่วยได้รับจริงไม่ตรงกับข้อมูลในสมุดประจำตัว ผู้วิจัยแก้ไขปัญหาโดย ประสานงานแพทย์ เภสัชกร หรือ พยาบาลโรงพยาบาล โดยวิธีโทรศัพท์

3.3 ปัญหาที่เกิดในขั้นตอนการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยรับประทานยาผิดขนาด ผิดเวลา ผู้ป่วยลืมรับประทานยา ผู้วิจัยจะสื่อสาร โดยตรงกับผู้ป่วยและญาติโดยวิธีการนัดเมื่อยาที่เหลือ การตรวจการ มาตามนัดเพื่อรับยา การตรวจสอบปฏิทินบันทึกการรับประทานยา

3.4 ปัญหาอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ผู้วิจัยประสานงานกับแพทย์โดยวิธี โทรศัพท์ และอธิบายถึงวิธีการแก้ไขอาการข้างเคียงให้ผู้ป่วยเข้าใจ ถ้าอาการข้างเคียงหมดไป หรือผู้ป่วยยังมีอาการข้างเคียงนั้นแต่ความรุนแรงลดลงและอาการนั้นไม่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย หรือ ผู้ป่วยสามารถทนอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ ให้ถือว่าปัญหานี้ได้รับการแก้ไขแล้ว

3.5 ปัญหาอื่น ๆ เช่น ผู้ป่วยไม่มารับยาตามนัด ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อหาสาเหตุและร่วมกันแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังให้คำปรึกษา เกี่ยวกับการปฏิบัติ คนที่ไม่เหมาะสม (เช่น การรับประทานอาหารเค็ม เป็นต้น) และการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ผู้วิจัยให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยในเรื่อง วิธีใช้ยา การเก็บรักษา และผลข้างเคียงของ ยาที่อาจจะเกิดขึ้น

5. การปฏิบัติตนและการดูแลตนเองของผู้ป่วย พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล (รพสต.) สัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับความชอบรับประทานอาหารเค็ม อาหารมัน ดื่มน้ำ/กาแฟ แอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ขาดการพักผ่อน หรือมีความเครียด

6. ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินโดยวิธี

6.1 นับเม็ดยาในการใช้ยารักษาโรคประจำตัวทุกรายการที่ได้รับจากโรงพยาบาล บ้านนาสารและโรงพยาบาลอื่น ให้คำนวณความร่วมมือของยาแต่ละตัวแยกกันแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ย หาก ผู้ป่วยใช้ยาเกินกว่าร้อยละ 80 ถือว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยา

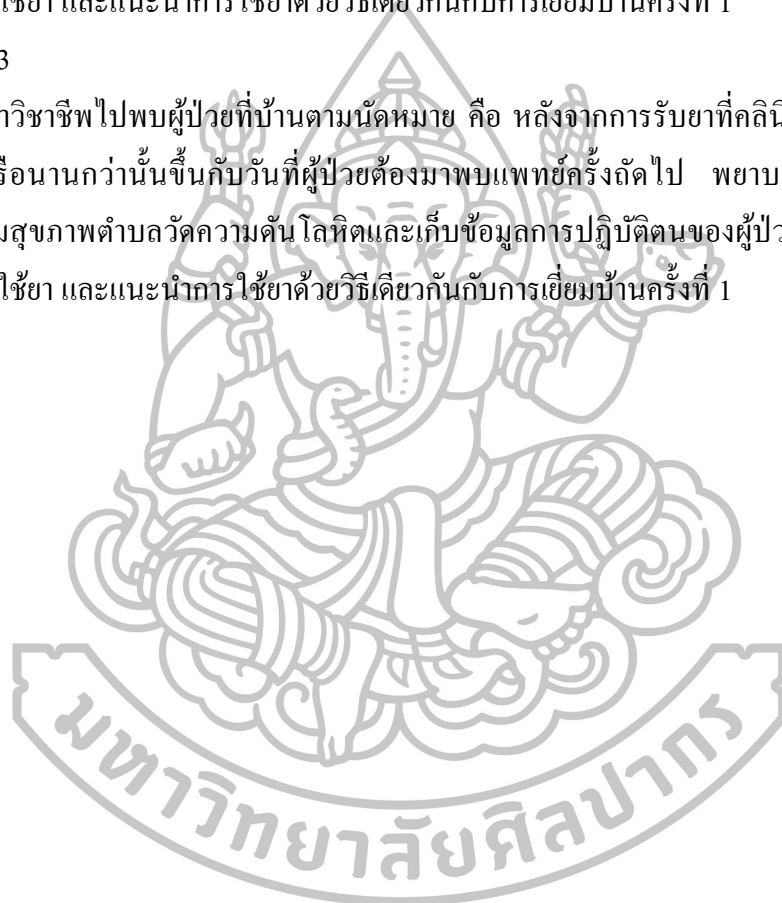
6.2 สัมภาษณ์ความร่วมมือในการใช้ยาโดยใช้แบบสอบถาม modified MMAS ฉบับภาษาไทย

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2

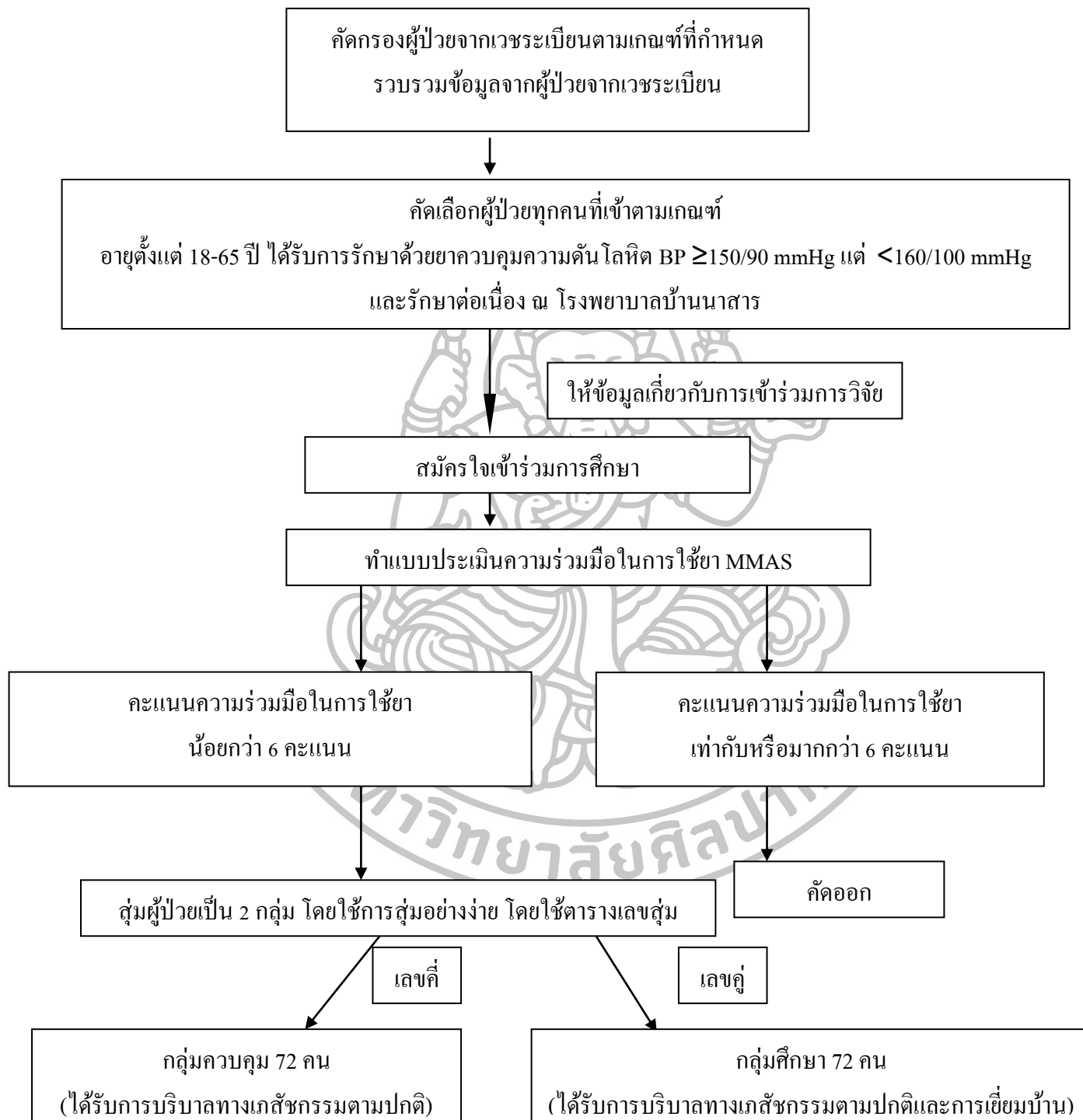
ทีมสหสาขาวิชาชีพไปพบผู้ป่วยที่บ้านตามนัดหมาย คือ หลังจากการรับยาที่คลินิกความดันโลหิตสูง 4-8 สัปดาห์หรือนานกว่านั้นขึ้นกับวันที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ครั้งถัดไป พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดความดันโลหิตและเก็บข้อมูลการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแนะนำการใช้ยาด้วยวิธีเดียวกันกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3

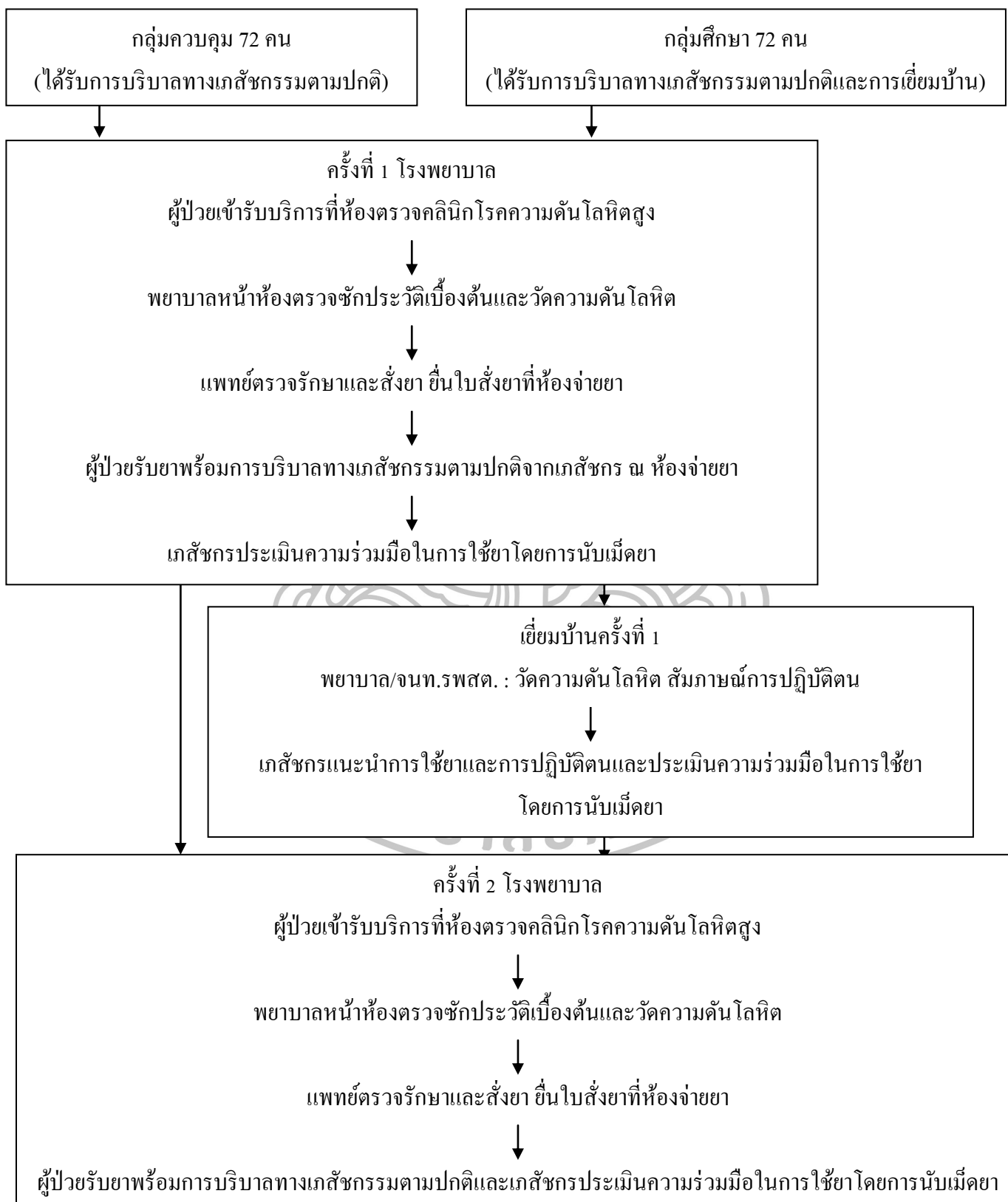
ทีมสหสาขาวิชาชีพไปพบผู้ป่วยที่บ้านตามนัดหมาย คือ หลังจากการรับยาที่คลินิกความดันโลหิตสูง 4-8 สัปดาห์หรือนานกว่านั้นขึ้นกับวันที่ผู้ป่วยต้องมาพบแพทย์ครั้งถัดไป พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดความดันโลหิตและเก็บข้อมูลการปฏิบัติตนของผู้ป่วย ผู้วิจัยประเมินความร่วมมือในการใช้ยา และแนะนำการใช้ยาด้วยวิธีเดียวกันกับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1

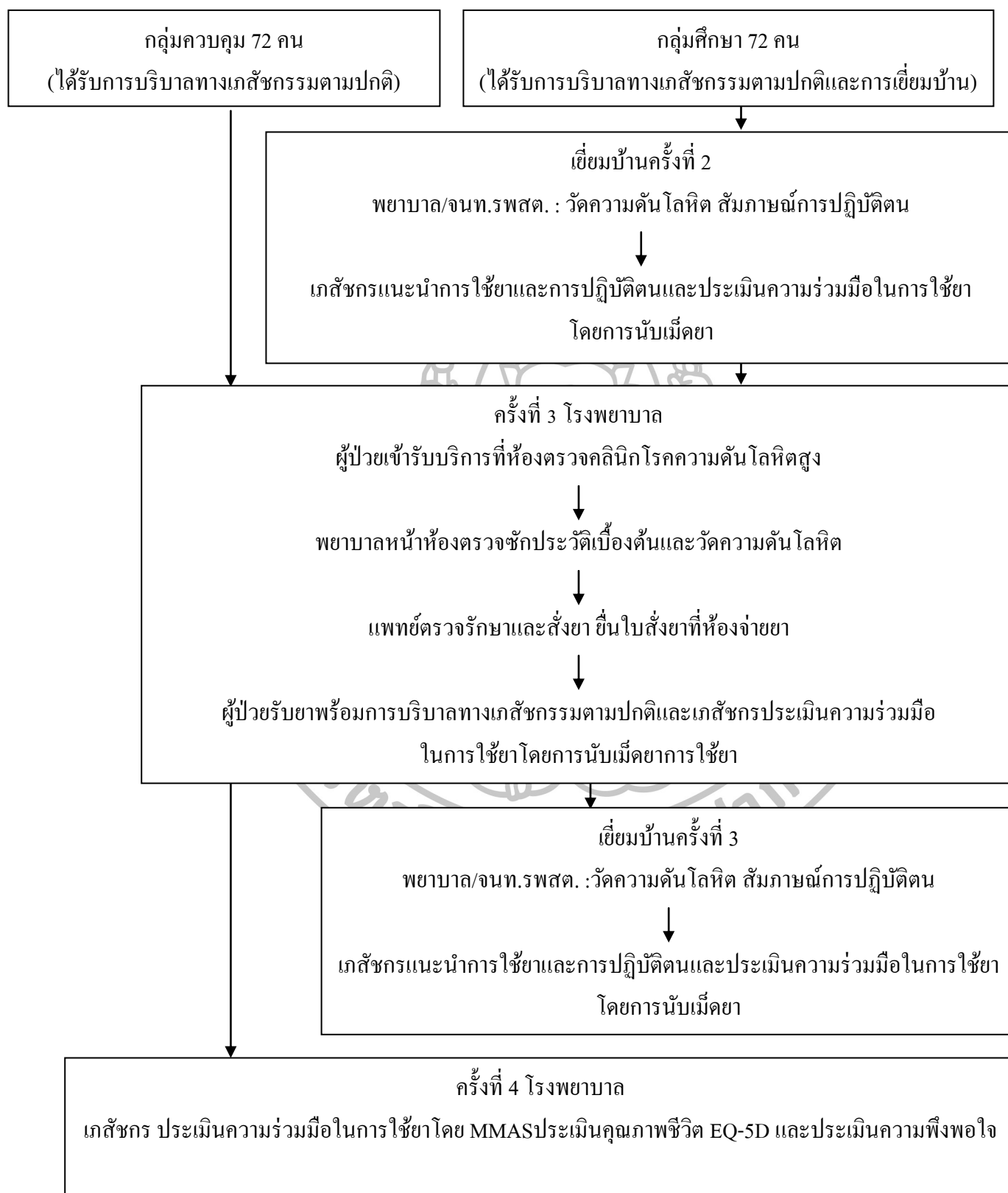


แผนภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย



แผนภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย





7.3 ขั้นตอน 3 วิเคราะห์และประเมินผล

ขั้นตอน 3 วิเคราะห์และประเมินผล

ใช้วิธีการวิเคราะห์แบบ per-protocol analysis วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรม SPSS for Windows กำหนดระดับนัยสำคัญ (α) ที่ 0.05 สำหรับทุกการทดสอบ ทดสอบการกระจายข้อมูลโดยใช้ Kolmogrov-Smirnov test

การวิเคราะห์ผลจะนำเสนอข้อมูลทั้งเชิงพรรณนาและการทดสอบทางสถิติ ข้อมูลเชิงพรรณนาแสดงในรูปจำนวนและร้อยละ หรือค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ขึ้นกับชนิดข้อมูล

การเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่ม กรณีที่เป็นข้อมูลต่อเนื่องและมีการแจกแจงของข้อมูลปกติ ใช้สถิติ independent t-test ถ้าข้อมูลแจกแจงไม่ปกติใช้สถิติ Mann –Whitney U Test และกรณีที่เป็นข้อมูลไม่ต่อเนื่องใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher's exact test

การประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D สำหรับ EQ-5D descriptive system แสดงในรูปร้อยละของสภาวะสุขภาพแต่ละระดับแยกตามมิติ นำสภาวะสุขภาพที่ได้มาคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ (utility score) โดยคำนวณจากสภาวะสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์หักกลับด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของแต่ละมิติทางสุขภาพทั้ง 5 ด้าน โดย EQ-5D utility score นำเสนอข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ (ขึ้นกับการกระจายของข้อมูล)

สำหรับ EQ-visual analogue scale (EQ VAS) รายงานเป็นค่า 0-100 นำเสนอข้อมูลเป็นค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ ทั้งนี้ขึ้นกับการกระจายของข้อมูล

การประเมินความพึงพอใจนำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งคะแนนสูงสุด และคะแนนต่ำสุด ในกรณีที่ข้อมูลกระจายไม่ปกติจะนำเสนอข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

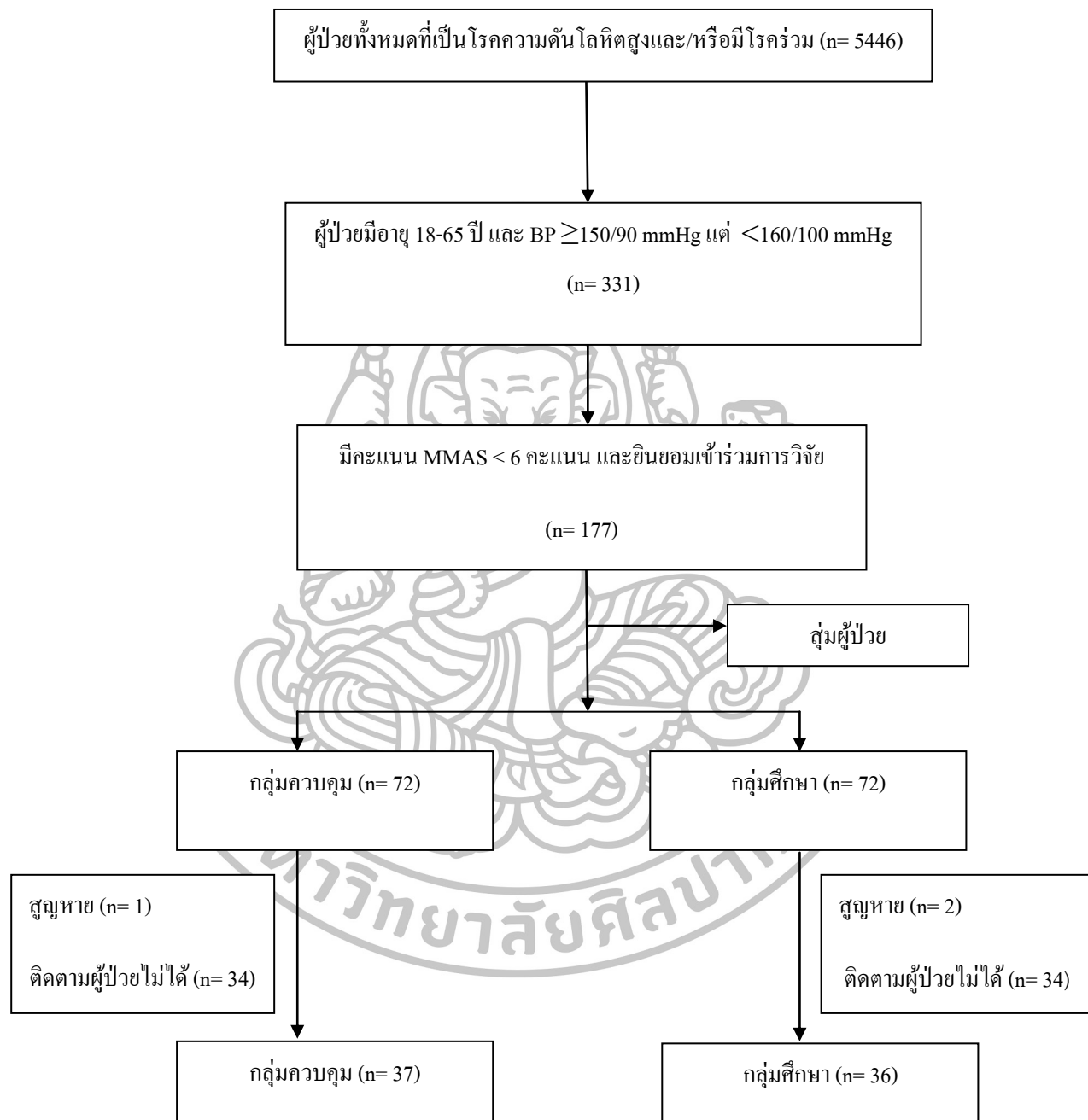
การศึกษานี้มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 73 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษา จำนวน 36 คน ซึ่งได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุม จำนวน 37 คน ซึ่งได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยแสดงไว้ในตารางที่ 4 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55.78 ± 6.70 ปี (ช่วงอายุ 30-65 ปี) สถานภาพแต่งงาน จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อาศัยอยู่กับสามี/ภรรยา อาชีพค้าขาย ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ ออกกำลังกายโดยการเดินเร็ว โรคร่วม จำนวนยาเฉลี่ยที่ได้รับ ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย และระดับคะแนนความร่วมมือเฉลี่ย ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในทุกด้านไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ยกเว้นระดับการศึกษาซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.014$)

ระหว่างการศึกษามีผู้ป่วยสูญหาย 3 ราย เนื่องจากถูกส่งต่อไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่น โดยเป็นผู้ป่วยในกลุ่มศึกษา 2 ราย ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมองและไตวายเรื้อรัง และเป็นผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม 1 ราย ซึ่งเป็นโรคหลอดเลือดสมอง Flowchart ผู้ป่วยในการศึกษา ดังแผนภาพที่ 4

แผนภาพที่ 4 Flowchart ผู้ป่วยในการศึกษา



ตารางที่ 4 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)	55.53±8.24	56.03±5.64	0.703 ^b
ช่วงอายุ (ปี)	35-65	44-64	
3. สถานภาพการสมรส			0.175 ^a
3.1 โสด	3 (8.30)	0 (0.00)	
3.2 แต่งงาน	19 (52.80)	19 (51.40)	
3.3 หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	14 (38.9)	18 (48.6)	
4. ระดับการศึกษาสูงสุด			0.014 ^a
4.1 ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	24 (66.70)	24 (64.90)	
4.2 มัธยมศึกษา	7 (19.40)	0 (0.00)	
4.3 อาชีวศึกษา- ปวช.	1 (2.80)	3 (8.10)	
4.4 ปริญญาตรี	4 (11.00)	10 (27.0)	
5. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ			0.903 ^a
5.1 อยู่คนเดียว	4 (11.10)	3 (8.10)	
5.2สามี/ภรรยา	26 (72.20)	28 (75.70)	
5.3 บุตร/หลาน	6 (16.70)	6 (16.20)	

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

ตารางที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
6. รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย			0.551 ^a
6.1 น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	4 (11.10)	3 (8.10)	
6.2 มากกว่า 5,000-10,000 บาท	14 (38.90)	20 (54.10)	
6.3 มากกว่า 10,000-15,000 บาท	9 (25.00)	6 (16.20)	
6.4 มากกว่า 15,000 บาท	9 (25.00)	7 (18.90)	
7. อาชีพ			0.216 ^a
7.1 แม่บ้าน/พ่อบ้าน	4 (11.10)	7 (18.90)	
7.2 เกษตรกรรม	18 (50.0)	24 (64.90)	
7.3 รับจ้าง	8 (22.20)	3 (8.10)	
7.4 ค้าขาย	4 (11.1)	1(2.70)	
7.5 ราชการ/ข้าราชการบำนาญ	1 (2.80)	2 (5.40)	
7.6 รัฐวิสาหกิจ	1 (2.80)	0 (0.00)	
8. ประวัติการสูบบุหรี่			0.459 ^a
8.1 สูบ	6 (16.70)	3 (8.10)	
8.2 เคยสูบ แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	3 (8.30)	5 (13.50)	
8.3 ไม่เคยสูบ	27 (75.00)	29 (78.40)	

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

ตารางที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา n=36	กลุ่มควบคุม (n=37)	
9.ประวัติการดื่มสุรา/แอลกอฮอล์			0.184 ^a
9.1 ดื่ม	7 (19.40)	2 (5.40)	
9.2 เคยดื่ม แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว	3 (8.30)	3 (8.10)	
9.3 ไม่เคยดื่ม	26 (72.00)	32 (86.50)	
10. การออกกำลังกาย			0.090 ^a
10.1 เดินเร็ว	24 (66.60)	18 (48.60)	
10.2 เต้นแอโรบิก	0 (0.00)	4 (10.80)	
10.3 ปั่นจักรยาน	1 (2.80)	2 (5.40)	
10.4 วิ่ง	2 (5.60)	6 (16.20)	
10.5 ว่ายน้ำ	1 (2.80)	3 (8.10)	
10.6 ไม่เคยออกกำลังกาย	8 (22.20)	4 (10.80)	
11. โรคร่วม			0.251 ^a
11.1 ไม่มี	10 (27.8)	15 (40.50)	
11.2 มี	26 (72.20)	22 (59.50)	
12. จำนวนยาเฉลี่ยที่ได้รับ			0.893 ^b
± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (รายการ)	4.08±1.84	4.11±2.23	
ช่วงจำนวนยา (รายการ)	1-8	1-10	

ใช้สถิติ ^a Pearson's Chi-Square test, ^b Mann-Whitney U test

ตารางที่ 4 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
13. ระดับความดันโลหิตเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (มิลลิเมตรปรอท)			
SBP	153.42 \pm 4.55	155.19 \pm 4.35	0.093 ^a
DBP	83.08 \pm 8.78	83.86 \pm 9.50	0.717 ^a
14. คะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.50 \pm 0.81	4.41 \pm 0.83	0.624 ^a

^aใช้สถิติ independent t-test

2. ผลของการบริหารทางเภสัชกรรม

ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

- 2.1 การควบคุมระดับความดันโลหิต
- 2.2 ความร่วมมือในการใช้ยา
- 2.3 คุณภาพชีวิต
- 2.4 ร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไข
- 2.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการเยี่ยมบ้าน

2.1 การควบคุมระดับความดันโลหิต

2.1.1 การควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเมื่อติดตามผลครั้งที่ 3 ในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 58.30 เทียบกับ 43.20, $p\text{-value} = 0.197$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 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 เปรียบเทียบเมื่อติดตามผลครั้งที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบการควบคุม systolic blood pressure (SBP) ได้ตามเป้าหมายเมื่อติดตามผลครั้งที่ 3 พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุม SBP ได้ตามเป้าหมายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 61.10 เทียบกับ 43.20, $p\text{-value} = 0.127$) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบการควบคุม SBP ได้ตามเป้าหมาย

การควบคุมระดับ SBP ได้ตามเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ได้	22 (61.1)	16(43.2)	0.127
ไม่ได้	14 (38.9)	21(56.8)	

ใช้สถิติ Pearson's chi-square test เมื่อติดตามผลครั้งที่ 3

เมื่อเปรียบเทียบการควบคุม diastolic blood pressure (DBP) ได้ตามเป้าหมาย เมื่อติดตามผลครั้งที่ 3พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุม DBP ได้ตามเป้าหมายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 86.10 เทียบกับ 89.20, p-value = 0.689) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบการควบคุม DBP ได้ตามเป้าหมาย

การควบคุมระดับ DBP ได้ตามเป้าหมาย	จำนวนผู้ป่วย (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ได้	31 (86.1)	33 (89.2)	0.689
ไม่ได้	5 (13.9)	4 (10.8)	

ใช้สถิติ Pearson's chi-square test เมื่อติดตามผลครั้งที่ 3

2.1.2 ผลของการเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตเฉลี่ย

เมื่อเริ่มต้นการศึกษาพบว่า ระดับ SBP เฉลี่ย ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (153.42 ± 4.55 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ 155.19 ± 4.35 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.093$) เช่นเดียวกับระดับ DBP เฉลี่ย ที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (83.08 ± 8.78 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ 83.86 ± 9.50 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.717$) ระหว่างกลุ่ม

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ระดับ SBP เฉลี่ยระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (139.75 ± 14.55 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ 145.78 ± 15.86 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.095$) เช่นเดียวกับระดับ DBP เฉลี่ย ซึ่งไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (79.14 ± 10.40 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ 75.49 ± 11.64 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.162$)

ค่าเฉลี่ย SBP ที่เปลี่ยนแปลงไป (mean change from baseline) ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (-13.67 ± 14.60 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ -9.41 ± 17.09 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.257$) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ย DBP ที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (-3.94 ± 10.51 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ -8.38 ± 13.89 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.129$) ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 การเปรียบเทียบระดับความดันโลหิตเฉลี่ย

ค่าความดันโลหิตเฉลี่ย	ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท) ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ก่อนการศึกษา			
SBP	153.42 \pm 4.55	155.19 \pm 4.35	0.093
DBP	83.08 \pm 8.78	83.86 \pm 9.50	0.717
สิ้นสุดการศึกษา			
SBP	139.75 \pm 14.55	145.78 \pm 15.86	0.095
DBP	79.14 \pm 10.40	75.49 \pm 11.64	0.162
ค่าที่เปลี่ยนแปลง			
SBP	-13.67 \pm 14.61	-9.41 \pm 17.09	0.257
DBP	-3.94 \pm 10.51	-8.38 \pm 13.89	0.129

ใช้สถิติ independent t-test

ระดับ SBP เฉลี่ย ในการติดตามผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.088, 0.946 และ 0.095 ตามลำดับ) สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่มเมื่อเริ่มต้นการศึกษาและการติดตามผลครั้งที่ 3 พบว่าระดับ SBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (p-value < 0.001 และ p-value =0.002 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระดับ SBP เฉลี่ย

การติดตามผล	SBP (มิลลิเมตรปรอท) ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ก่อนการศึกษา	153.42 \pm 4.55	155.19 \pm 4.35	0.093 ^a
ครั้งที่ 1	143.64 \pm 12.58	149.46 \pm 15.89	0.088 ^a
ครั้งที่ 2	144.56 \pm 17.25	144.86 \pm 21.62	0.946 ^a
ครั้งที่ 3	139.75 \pm 14.55	145.78 \pm 15.86	0.095 ^a
p-value	0.000 ^b	0.002 ^b	

^a ใช้สถิติ independent t-test

^b ใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบภายในกลุ่มเมื่อเริ่มต้นการศึกษาและการติดตามผลครั้งที่ 3

ระดับ DBP เฉลี่ย ในการติดตามผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 ของกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.311, 0.102 และ 0.162 ตามลำดับ) สำหรับการเปรียบเทียบภายในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม พบว่าระดับ DBP ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (p-value = 0.031 และ p-value = 0.001 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 การเปรียบเทียบระดับ DBP เฉลี่ย

การติดตามผล	DBP (มิลลิเมตรปรอท) ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ก่อนการศึกษา	83.08 \pm 8.78	83.86 \pm 9.50	0.717 ^a
ครั้งที่ 1	80.39 \pm 10.03	77.68 \pm 12.51	0.311 ^a
ครั้งที่ 2	80.33 \pm 9.22	76.41 \pm 10.95	0.102 ^a
ครั้งที่ 3	79.14 \pm 10.40	75.49 \pm 11.64	0.162 ^a
p-value	0.031 ^b	0.001 ^b	

^a ใช้สถิติ independent t-test

^b ใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบภายในกลุ่ม เมื่อเริ่มต้นการศึกษาและการติดตามผลครั้งที่ 3

2.2 ความร่วมมือในการใช้ยา

เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยา โดยใช้แบบสอบถามความร่วมมือในการใช้ยา modified Morisky Medication Adherence Scale (modified MMAS) ฉบับภาษาไทย และการนับเม็ดยาที่เหลือของผู้ป่วย ได้ผลดังนี้

2.2.1 การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อประเมินด้วยแบบสอบถาม modified MMAS

พบว่า เมื่อสิ้นสุดการศึกษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ในกลุ่มศึกษามีความร่วมมือในระดับปานกลาง นอกจากนี้ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงระดับความร่วมมือในการใช้ยาจากความร่วมมือในการใช้ยาต่ำเป็นปานกลาง และเมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า สัดส่วนของผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการใช้ยาในแต่ละระดับมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (p-value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ระดับคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อประเมินโดยแบบสอบถาม modified MMAS

ระดับความร่วมมือ	จำนวน (ร้อยละ)			
	ก่อนการศึกษา		สิ้นสุดการศึกษา	
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)
มาก	0 (0.00)	0 (0.00)	5 (13.90)	0 (0.00)
ปานกลาง	3 (8.30)	2 (5.4)	22 (61.10)	13 (35.10)
ต่ำ	33 (91.70)	35 (94.60)	9 (25.00)	24 (64.90)
p-value	0.674 ^a		0.001 ^b	

ใช้สถิติ ^aFisher's Exact test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเมื่อเริ่มต้นการศึกษา

ใช้สถิติ ^bPearson's chi-square test เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

ความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถาม modified MMAS ก่อนการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการศึกษาและกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ โดยกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเท่ากับ 4.50 ± 0.81 คะแนน และ 4.41 ± 0.83 คะแนน ตามลำดับ จากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ซึ่งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.624$) แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาก่อนการศึกษาอยู่ในระดับปานกลางในขณะที่กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ โดยความร่วมมือในการใช้ยาในกลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.22 ± 1.20 คะแนน เทียบกับ 5.16 ± 1.01 คะแนน, $p\text{-value} < 0.001$)

เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มก่อนและหลังการศึกษา พบว่า ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม มีความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถาม modified MMAS เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อวัดโดยใช้แบบสอบถาม modified MMAS

ระดับความร่วมมือ	คะแนนความร่วมมือในการใช้ยา ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ก่อนการศึกษา	4.50 \pm 0.81	4.41 \pm 0.83	0.624 ^a
สิ้นสุดการศึกษา	6.22 \pm 1.20	5.16 \pm 1.01	0.000 ^a
p-value	0.000 ^b	0.000 ^b	

^a ใช้สถิติ independent t-test

^b ใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบภายในกลุ่ม เมื่อเริ่มต้นการศึกษาและการติดตามผลครั้งที่ 3

2.2.2 การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยา โดยการนับเม็ดยาที่เหลือ

จากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ พบว่ากลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาในการติดตามผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 มากกว่ากลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ พบว่า กลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาในการติดตามผลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value = 0.032 และ 0.036 ตามลำดับ) สำหรับครั้งที่ 3 พบว่า ความร่วมมือในการใช้ยาไม่แตกต่างกัน (p-value = 0.756) ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ

การติดตามผล	ความร่วมมือในการใช้ยาโดยการนับเม็ดยา (ร้อยละ) ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		p-value
	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	
ครั้งที่ 1	85.02 \pm 14.64	79.92 \pm 12.73	0.032
ครั้งที่ 2	94.11 \pm 7.98	90.27 \pm 12.73	0.036
ครั้งที่ 3	98.89 \pm 4.65	98.656 \pm 4.81	0.756

ใช้สถิติ independent t-test

2.3 ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต

จากการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถาม EuroQol-5D (EQ-5D) ได้ผลดังนี้

2.3.1 การประเมินสถานะสุขภาพ แบ่งตามมิติ (health profiles)

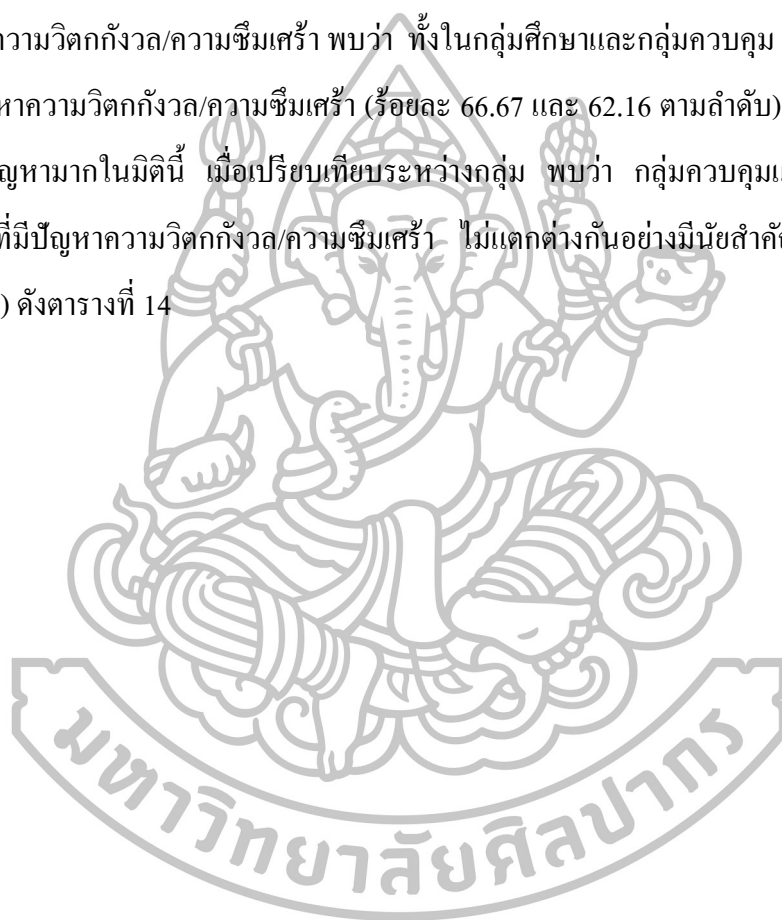
1. ความสามารถในการเคลื่อนไหว พบว่า ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว (ร้อยละ 94.44 และ 75.68 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ป่วยรายงานว่ามียุทธศาสตร์มากในมิตินี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหวมากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.025)

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง พบว่า ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง (ร้อยละ 91.67 และ 78.38 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ป่วยรายงานว่ามียุทธศาสตร์มากในมิตินี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.113)

3. การทำกิจวัตรประจำวัน พบว่า ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง (ร้อยละ 94.44 และ 86.49 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ป่วยรายงานว่ามียุทธศาสตร์มากในมิตินี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวันไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.248)

4. ความเจ็บป่วย/ความไม่สุขสบาย พบว่า ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาความเจ็บป่วย/ความไม่สุขสบาย (ร้อยละ 72.22 และ 35.14 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ป่วยรายงานว่าปัญหาหนักในมิตินี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่ากลุ่มควบคุมมีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความเจ็บป่วย/ความไม่สุขสบาย มากกว่ากลุ่มศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.001$)

5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า พบว่า ทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (ร้อยละ 66.67 และ 62.16 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ป่วยรายงานว่าปัญหาหนักในมิตินี้ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.688$) ดังตารางที่ 14



ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพ แบ่งตามมิติ โดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D

มิติสุขภาพ EQ-5D ระดับความรุนแรง	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	p-value
1. ความสามารถในการเคลื่อนไหว			0.025
ไม่มีปัญหา	34 (94.44)	28 (75.68)	
มีปัญหาปานกลาง	2 (5.56)	9 (24.32)	
2. การดูแลตนเอง			0.113
ไม่มีปัญหา	33 (91.67)	29 (78.38)	
มีปัญหาปานกลาง	3 (8.33)	8 (21.62)	
3. การทำกิจวัตรประจำวัน			0.248
ไม่มีปัญหา	34 (94.44)	32 (86.49)	
มีปัญหาปานกลาง	2 (5.56)	5 (13.51)	
4. ความเจ็บป่วย/ความไม่สบาย			0.001
ไม่มีปัญหา	26 (72.22)	13 (35.14)	
มีปัญหาปานกลาง	10 (27.78)	24 (64.86)	
5. ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า			0.688
ไม่มีปัญหา	24 (66.67)	23 (62.16)	
มีปัญหาปานกลาง	12 (33.33)	14 (37.84)	

สถิติที่ใช้ Pearson Chi-Square

2.3.2 คะแนนคุณภาพชีวิตจากการวัดด้วย EQ VAS และการคำนวณคะแนนอรรถประโยชน์ (EQ-5D utility score) โดยใช้สมการจากวิธี time-trade-off (TTO)

การเปรียบเทียบคะแนน EQ VAS ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า กลุ่มศึกษามีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุม แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.299)

การเปรียบเทียบคะแนนอรรถประโยชน์เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า กลุ่มศึกษามีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มควบคุมโดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.009) ดังแสดงในตารางที่ 15

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบ EQ VAS score และ EQ-5D utility score

EQ-5D	กลุ่มศึกษา (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=37)	p-value
VAS score ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	75.06 \pm 12.17	72.57 \pm 7.51	0.299
Utility score ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	0.86 \pm 0.1	0.74 \pm 0.21	0.009

ใช้สถิติ independent t-test

2.4 การเปรียบเทียบร้อยละของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบร้อยละของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ได้รับการแก้ไข

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

ตารางที่ 17 ปัญหาเกี่ยวกับยาและผลการแก้ไขที่พบในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง

ปัญหาเกี่ยวกับยา	จำนวน (ปัญหา)		ผลการแก้ไข
	กลุ่ม ศึกษา (n=36)	กลุ่ม ควบคุม (n=37)	
1. ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา			
1.1. รับประทานยาไม่ สม่ำเสมอ	3	2	แก้ไขโดยเภสัชกรให้ความรู้เกี่ยวกับ ความสำคัญของการรับประทานยาให้ สม่ำเสมอ ตรงเวลา และต้องอ่านฉลาก ยาทุกครั้งก่อนรับประทานเนื่องจาก ในกรณีที่ยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้ แพทย์มีการปรับเพิ่มขนาดยาเพื่อให้ได้ เป้าหมายตามการรักษา
1.2. รับประทานยาน้อยกว่า แพทย์สั่ง	8	7	
1.3. ลืมรับประทานยา	5	5	
1.4. จำนวนยาไม่ครบตามวัน นัด	1	4	
2. การเกิดอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา กลุ่มศึกษา มีอาการมีนศีรษะ จากการใช้ยา amlodipine มี อาการไอจากการใช้ยา enalapril และมีอาการใจสั่น หวิว จากการใช้ยา metformin กลุ่มควบคุม คือ มีอาการเวียน ศีรษะจากยา doxazocin ไอจาก การใช้ยา enalapril 2 คน มี อาการใจสั่น หวิวจากยา pioglitazone	3	4	แก้ไขโดยเภสัชกรให้ความรู้เกี่ยวกับการ ปฏิบัติตัวในกรณีที่เกิดอาการไม่พึง ประสงค์จากการใช้ยา ในกรณีที่มีอาการ เวียนศีรษะ ให้เปลี่ยนอริยาบถช้าๆ เมื่อ เปลี่ยนท่าทาง ในกรณีมีอาการใจสั่น หวิว จากยารักษาโรคเบาหวาน ให้ รับประทานลูกอม หรือน้ำหวาน

ตารางที่ 18 ปัญหาเกี่ยวกับยาและผลการแก้ไขที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

ปัญหาเกี่ยวกับยา	จำนวน (ปัญหา)	ผลการแก้ไข
1. การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ	8	แก้ไขโดยเภสัชกร โดยการจัดทำปฏิทินเพื่อช่วยเตือนความจำของผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น
2. รับประทานยาน้อยกว่าแพทย์สั่ง เนื่องจากแพทย์มีการเพิ่มขนาดการใช้ยา แต่ผู้ป่วยยังคงจำขนาดยาเดิมที่รับประทานในครั้งก่อน ซึ่งจะพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร่วมกับโรคอื่น ๆ	5	แก้ไขโดยเภสัชกรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และทราบถึงเหตุผลของการปรับขนาดยา และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
3. รับประทานยามากกว่าแพทย์สั่ง เนื่องจากผู้ป่วยลืมนัดตนเองรับประทานยาแล้วจึงรับประทานยาซ้ำ	1	แก้ไขโดยเภสัชกรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และทราบถึงเหตุผลของการปรับขนาดยา และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
4. การรับประทานยาไม่เป็นเวลาที่แน่นอน เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ซึ่งต้องตัดยางตั้งแต่ตอนเช้าจึงมักจะไม่ได้รับประทานยาตอนเช้าหรือรับประทานยาหลังจากที่ทำงานเสร็จแล้ว	2	แก้ไขโดยเภสัชกร โดยการจัดทำปฏิทินเพื่อช่วยเตือนความจำของผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น
5. การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องเมื่อลืมนรับประทานยาและมีความเข้าใจว่าในกรณีที่ยังไม่ได้รับประทานยาอาหารไม่สามารรับประทานยาได้	10	แก้ไขโดยเภสัชกรอธิบาย แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อลืมนรับประทานยาให้ผู้ป่วยเข้าใจเพื่อให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 18 ปัญหาเกี่ยวกับยาและผลการแก้ไขที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

ปัญหา	จำนวน (ปัญหา)	การแก้ไข
6. การไม่มาพบแพทย์ตามนัดทำให้ขาดยาหรือได้รับยาไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรค ความดันโลหิตสูงและยาที่ใช้ในการรักษา และมีผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องสายตาและไม่สามารถมารับยาตามนัดได้จึงทำให้ผู้ป่วยขาดยา	3	แก้ไข โดยเภสัชกรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจ และทราบถึงเหตุผลของการปรับขนาดยา และให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด
7. การเก็บรักษายา เนื่องจากผู้ป่วยบางรายนำยามืดออกจากซองยาที่ได้จากโรงพยาบาล ทำให้เก็บยาโดยไม่มีฉลาก และรับประทานยาตามความคุ้นชิน การนำเม็ดยาทุกชนิดมารวมในซองเดียวกัน	2	แก้ไข โดยเภสัชกรได้อธิบายให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามฉลากยา และการเก็บรักษาที่ถูกต้อง และพบว่าเมื่อเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปผู้ป่วยมีการเก็บยาในซองยามากขึ้นและผู้วิจัยได้นำกล่องใส่ยาไปให้เพื่อความสะดวกในการรับประทานยา
8. ปัญหาจำนวนยาไม่ครบตามจำนวนวันที่นัดหมาย จากการที่ผู้ป่วยได้รับบัตรนัดที่ไม่สัมพันธ์กับจำนวนเม็ดยาที่แพทย์สั่ง ทำให้ขาดยา ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันหรือบ้านใกล้เคียงกันมีการยืมยาเพื่อรับประทานในกรณีที่ยาหมดก่อนวันนัดหรือในกรณี que ผู้ป่วยขาดนัด	1	แก้ไข โดยเภสัชกรแก้ไขปัญหาโดยการจัดทำปฏิทินเพื่อช่วยเตือนความจำของผู้ป่วยให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น

ตารางที่ 18 ปัญหาเกี่ยวกับยาและผลการแก้ไขที่พบจากการเยี่ยมบ้าน

ปัญหา	จำนวน (ปัญหา)	การแก้ไข
9. ปัญหาอื่นๆ ที่พบ คือ พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ได้แก่ การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์	7	แก้ไขโดยเภสัชกรได้จัดทำคู่มือให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ยาที่ใช้ในการรักษา การควบคุมและการรับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม รวมทั้งวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย

สาเหตุที่พบปัญหาเกี่ยวกับยาจากการเยี่ยมบ้านมากกว่าที่พบในโรงพยาบาล เพราะการที่ผู้วิจัยได้มีการพูดคุยกับผู้ป่วยมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยความไว้วางใจและกล้าเล่าปัญหาให้ฟังมากขึ้น นอกจากนี้ด้วยระยะเวลาที่จำกัดทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาได้ครอบคลุมทั้งหมด และถึงแม้ว่าการเยี่ยมบ้านจะแก้ไขปัญหาที่พบในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งแต่มีผู้ป่วยบางรายที่มีการใช้ยาหลายรายการ การเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปอาจจะเจอปัญหาใหม่ ดังนั้นควรมีการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามผู้ป่วย

2.5 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

ในส่วนของความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับบริการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ พบว่าโดยทั่วไปผู้ป่วยมีความพึงพอใจมาก โดยคะแนนจากแบบประเมินความพึงพอใจอยู่ระหว่าง 3-5 คะแนน จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน โดยข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านได้รับความสะดวกในการรับบริการเยี่ยมบ้าน ซึ่งคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เท่ากับ 4.39 ± 0.60 คะแนน และข้อคำถามที่มีคะแนนเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) น้อยที่สุด คือ การมีทีมสหสาขาวิชาชีพไปเยี่ยมท่านที่บ้านจะช่วยให้ท่านควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย โดยคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ± 0.55 คะแนน ดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 ความพึงพอใจของผู้ป่วย

คำถาม	คะแนน ค่าเฉลี่ย \pm ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน
1. ท่านได้รับความสะดวกในการรับบริการเยี่ยมบ้าน	4.39 \pm 0.60
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีสื่อและเอกสารแผ่นพับในการให้ความรู้และข้อมูล เพียงพอกับความต้องการ	4.19 \pm 0.47
3. ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความรู้ความสามารถในการให้คำแนะนำท่านอย่าง เพียงพอ	4.14 \pm 0.64
4. ท่านคิดว่าทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถให้คำแนะนำด้านยาและแก้ปัญหาที่เกิด จากการใช้ยาของท่านได้	4.17 \pm 0.61
5. ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย/การปฏิบัติตัวที่ชัดเจนจากทีมสหสาขา วิชาชีพ	4.28 \pm 0.61
6. การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้ท่านมีความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคความดันโลหิตสูงที่ ท่านเป็น	4.22 \pm 0.42
7. ท่านได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาตรงกับความต้องการ	4.14 \pm 0.59
8. การมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ไปเยี่ยมท่านที่บ้านจะช่วยให้ท่านควบคุมความดัน โลหิตได้ตามเป้าหมาย	4.08 \pm 0.55
9. ท่านรู้สึกว่าเป็นส่วนตัวเพียงพอที่ทำให้ท่านพูดคุยได้อย่างสบายใจ เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของท่าน	4.28 \pm 0.52
10. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีกิริยาและวาจาสุภาพในการให้บริการ	4.31 \pm 0.58
11. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ให้ท่านมีส่วนร่วม ในการวางแผนการรักษาโรคของท่านเอง	4.25 \pm 0.50
12. โดยภาพรวมท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับ	4.33 \pm 0.59

บทที่ 5

สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม เพื่อศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ประเมินผลต่อการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต ปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไขโดยเภสัชกร และความพึงพอใจของผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2556-พฤศจิกายน พ.ศ. 2557 จำนวน 73 คน ผู้ป่วยถูกสุ่มแยกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มอย่างง่ายให้อยู่ในกลุ่มศึกษา จำนวน 36 คน ซึ่งจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุม จำนวน 37 คน ซึ่งได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล จากการศึกษาสามารถสรุปและอภิปรายผลดังนี้

1. การควบคุมความดันโลหิตตามเป้าหมาย

ผลทางคลินิกในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย พบว่า สัดส่วนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 58.30 เทียบกับ 43.20, $p\text{-value} = 0.197$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของศิริรัตน์ ต้นปิชาติ [24] ที่ศึกษาการดูแลปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยนำรูปแบบการจัดการด้านยา มาให้บริการเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วย โดยเน้นการให้บริการเยี่ยมบ้านโดยเภสัชกรชุมชน จำนวน 3 ครั้ง ห่างกัน 3-4 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมอาการไม่ได้ทั้งที่ไม่มีโรคร่วมและมีโรคร่วมและอาจมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย คิดเป็นจำนวนร้อยละ 56.1 มีการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต ตามเกณฑ์ของ JNC 7 จากระดับความรุนแรง stage 2 (มากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท) เปลี่ยนเป็น stage 1 (มากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท) ทั้งนี้การที่ผู้ป่วยบางส่วนยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ถึงแม้จะได้รับคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากบุคลากรทางการแพทย์ อาจเป็นเพราะมีปัจจัยหลายปัจจัยที่เป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ เช่น

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรซึ่งจะต้องทำงานในช่วงเช้าถึงเที่ยงทำให้ผู้ป่วยลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยมีโรคร่วม ทำให้ผู้ป่วยมียาที่ต้องรับประทานหลายรายการ จึงเกิดความสับสนในการรับประทานยาได้ สำหรับการที่กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมีสัดส่วนผู้ที่ควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากระดับความดันโลหิตเมื่อเริ่มต้นการศึกษาของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่ได้สูงมาก ดังนั้นเมื่อสิ้นสุดการศึกษาจึงไม่เห็นความแตกต่างที่ชัดเจนของความดันโลหิตที่ลดลง อีกทั้งมีการหมุนเวียนของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งแพทย์มีการปรับเปลี่ยนยาในผู้ป่วยบางรายในขณะที่ทำการวิจัย นอกจากนี้ผลการลดความดันโลหิตของผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม อาจเกิดจากอคติจากตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากเมื่อเข้าร่วมงานวิจัย ผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองยังควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ จึงเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการใช้ยาและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองมากขึ้น และอาจมีการพูดคุยปรึกษากับผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาที่อาศัยอยู่บริเวณใกล้เคียงกัน ทำให้เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ผลการควบคุมระดับความดันโลหิตจึงไม่แตกต่างจากกลุ่มศึกษา

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรกำหนดระดับความดันโลหิตที่ควบคุมไม่ได้ให้อยู่ในช่วงมากกว่าหรือเท่ากับ 160/100 มิลลิเมตรปรอท เพื่อจะได้เห็นผลการลดลงของความดันโลหิตหลังจากการให้บริบาลทางเภสัชกรรม โดยการเยี่ยมบ้านชัดเจนขึ้น และควรกำหนดโรคร่วมของผู้ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานและ/หรือโรคไขมันในเลือดสูง และจำนวนรายการยาที่ผู้ป่วยรับประทาน มากกว่าหรือเท่ากับ 3 รายการขึ้นไป เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้มักพบปัญหาเกี่ยวกับยาในผู้ป่วยที่มีโรคร่วมและใช้ยามากกว่า 3 รายการขึ้นไป และในการคัดกรองผู้ป่วยจากการประเมินความร่วมมือในการใช้ยา อาจต้องใช้วิธีการประเมิน 2 วิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับยามากที่สุด เนื่องจากการศึกษานี้ใช้การประเมินความร่วมมือจากการใช้ยาจากแบบสอบถาม MMAS อย่างเดียว จึงอาจจะไม่ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาเกี่ยวกับยาอย่างที่ต้องการ

เมื่อสิ้นสุดการศึกษา systolic blood pressure เฉลี่ย ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (139.75 ± 14.55 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ 145.78 ± 15.86 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.095$) เช่นเดียวกับ diastolic blood pressure เฉลี่ย ซึ่งไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (79.14 ± 10.40 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ 75.49 ± 11.64 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.162$) อย่างไรก็ตาม เห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีแนวโน้มการควบคุมความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย ซึ่งจะมีผลดีในการลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยต่อไป

สำหรับค่าเฉลี่ย systolic blood pressure ที่เปลี่ยนแปลงไป (mean change from baseline) ระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (-13.67 ± 14.60 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ -9.41 ± 17.09 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.257$) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ย diastolic blood pressure ที่เปลี่ยนแปลงไปไม่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม (-3.94 ± 10.51 มิลลิเมตรปรอท เทียบกับ -8.38 ± 13.89 มิลลิเมตรปรอท, $p\text{-value} = 0.129$) ระดับความดันโลหิตมีความสัมพันธ์กับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจ เมื่อระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น โอกาสเกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง และโรคไต จะเพิ่มสูงขึ้นโดยทุกๆ 20 มิลลิเมตรปรอท ของ systolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้น หรือทุกๆ 10 มิลลิเมตรปรอท ของ diastolic blood pressure ที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดและหัวใจเพิ่มเป็น 2 เท่า ในช่วงความดันโลหิตระหว่าง 115/75 และ 185/115 มิลลิเมตรปรอท [6] จะเห็นได้ว่ากลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ย systolic blood pressure ลดลง 13.67 ± 14.60 มิลลิเมตรปรอท ดังนั้นจึงมีแนวโน้มว่าผู้ป่วยจะมีโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อนลดลง ทั้งนี้ การควบคุมระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยให้ได้ตามเป้าหมายยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น เช่น การรับรู้สถานะโรคและความตระหนักถึงโรคแทรกซ้อนของผู้ป่วย ความตั้งใจจริงในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้งด้านการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายของผู้ป่วยเอง โดยผู้ป่วยจะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคู่ไปกับการรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง นอกจากนี้ ระยะเวลาการเป็นโรคนานทำให้ผู้ป่วยอาจเบื่อหน่ายและปล่อยปละละเลยในการรับประทานยา การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพอาจมีส่วนช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาตรงเวลา มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการดูแลตนเองดีขึ้น

2. ความร่วมมือในการใช้ยา

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาจากการประเมินโดยแบบสอบถาม MMAS เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่า กลุ่มศึกษามีผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาในระดับปานกลางมากกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 61.10 เทียบกับ 35.10, $p\text{-value} = 0.001$) และกลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาจากแบบสอบถามมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (6.22 ± 1.20 คะแนน และ 5.16 ± 1.01 คะแนน, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัณย์ (23) ซึ่งศึกษาผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 65 คน โดยกลุ่มศึกษาได้รับการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านทุก 6 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง โดยผู้ป่วยที่มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 8 ชั่วโมง ก่อนการศึกษามากกว่าหรือเท่ากับ 180 มิลลิกรัมต่อ

เดซิลิตร และมีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาจากการทำแบบสอบถามต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ระยะเวลาที่ศึกษา 6 เดือน พบว่า กลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาตามแพทย์สั่งเพิ่มขึ้น อีกทั้งการเยี่ยมบ้านเป็นการกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาอีกวิธีหนึ่ง นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยได้พูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์บ่อยขึ้นทำให้เกิดความคุ้นชิน จึงกล้าที่จะเล่าปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาเพิ่มขึ้น ทำให้เภสัชกรและทีมสหสาขาวิชาชีพได้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงและสามารถแก้ไขปัญหาลงมือช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ละรายได้มากขึ้น

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความร่วมมือในการใช้ยาจากการประเมินโดยการนับเม็ดยาที่เหลือ พบว่า กลุ่มศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ จากการติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ($p\text{-value} = 0.032$ และ 0.036 ตามลำดับ) สำหรับการติดตามผลครั้งที่ 3 พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} = 0.756$) ซึ่งผลการศึกษาก่อนนับเม็ดยาที่เหลือ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 สอดคล้องกับการศึกษาของ นรรัตน์ สมเพชร และคณะ [18] ศึกษาผลการเดือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก โดยกลุ่มศึกษา ได้รับการเดือนทางโทรศัพท์ จำนวน 4 ครั้ง ในช่วงเวลา 2 เดือน และกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการเดือนทางโทรศัพท์วัดความร่วมมือในการใช้ยาดังวิธีนับเม็ดยาที่เหลือ พบว่าระดับความร่วมมือในการใช้ยา กลุ่มศึกษามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเดือนที่ 3 ($p\text{-value} = 0.024$) นอกจากนี้ การศึกษาของศรีโรจน์ ไทวัฒน์กูร และคณะ [19] ศึกษาผลการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการไม่ได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่งในผู้ป่วยจำนวน 42 คน ที่ได้รับการบริหารทางเภสัชกรรม เพื่อค้นหา ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องยาของผู้ป่วย โดยให้การบริหารทางเภสัชกรรม ครั้งที่ 1 และ 3 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชน และครั้งที่ 2 ที่บ้าน เมื่อสิ้นสุดการศึกษา พบว่าร้อยละของผู้ป่วยที่ร่วมมือในการใช้ยา จากการประเมินโดยวิธีการนับเม็ดยาเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 35.71 เป็นร้อยละ 80.95 แสดงให้เห็นว่าการเยี่ยมบ้านสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาการประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยด้วยวิธีนับเม็ดยาที่เหลือ ได้มาจากการนับเม็ดยาและการสัมภาษณ์ ซึ่งบางครั้งผู้ป่วยไม่นำยามาด้วยหรือนำยามาเพียงบางส่วนเมื่อมาโรงพยาบาล ทำให้ได้ผลความร่วมมือในการใช้ยาดังวิธีการนับเม็ดยาสูงกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเกิดความคลาดเคลื่อนในการนับเม็ดยาได้ และในช่วงแรกของการศึกษาผู้ป่วยไม่ให้ความสำคัญกับการนำยาเดิมกลับมาที่โรงพยาบาล ในช่วงหลังเริ่มมีการณรงค์ให้ผู้ป่วยนำยาเดิมมาด้วยทุกครั้งและแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงความสำคัญของการนำยาเดิมทั้งหมดในแต่ละครั้งที่มาโรงพยาบาล ผู้ป่วยจึงมีความตระหนักในการนำยาเดิมและสามารถสอบทวนการใช้ยาของผู้ป่วยได้เพิ่มขึ้นทั้งในกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม

จะเห็นได้ว่าการกระตุ้นความร่วมมือในการใช้ยา ทำได้หลายวิธี ได้แก่ การกระตุ้นทางโทรศัพท์ การบริหารทางเภสัชกรรมที่ศูนย์สุขภาพชุมชน การเยี่ยมบ้านก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาได้

ในการศึกษานี้ รูปแบบการประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา มี 2 วิธี การที่ต้องใช้วิธีการประเมินทั้ง 2 วิธีร่วมกันเนื่องจาก ไม่มีวิธีใดวิธีหนึ่งที่จะประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องแม่นยำ แต่ละวิธีจะมีทั้งข้อดีและข้อด้อยแตกต่างกันไป ข้อดี คือ ทั้ง 2 วิธีสะดวกในการปฏิบัติ แต่การประเมิน โดยการนับเม็ดยาอาจไม่สะท้อนถึงความร่วมมือในการใช้ยาที่แท้จริง เนื่องจากผู้ป่วยทิ้งเม็ดยาที่เหลือ ผู้ป่วยแบ่งเก็บยาไว้หลายที่และลืมนำยามาคืนเมื่อถึงวันนัด ไม่นำยาที่เหลือมาโรงพยาบาลเมื่อถึงวันนัด หรือผู้ป่วยบางคนจะนำยามาวางหน้าห้องยาเนื่องจากกลัวจะโดนตำหนิจากเจ้าหน้าที่ จึงต้องพยายามเน้นย้ำและอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญถึงการนำยาที่เหลือมาโรงพยาบาลว่าไม่ได้เป็นการจับผิด แต่ต้องการทราบว่าผู้ป่วยรับประทานยาถูกต้อง ตรงเวลาหรือไม่

สำหรับกลุ่มศึกษา ผู้วิจัยสามารถกระตุ้นให้นำยาเดิมมาคืนทุกครั้ง แต่เนื่องจากผู้ป่วยบางรายมีการแบ่งยาไว้สำหรับการไปทำงานหรือการเดินทางจึงยังทำให้มียาเดิมเหลืออยู่ที่บ้านทำให้ความร่วมมือในการใช้ยาเกิดความคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง

3. คุณภาพชีวิต

เมื่อพิจารณาผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถาม EQ-5D พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาและมีปัญหาปานกลางไม่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มในด้านการดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ยกเว้น ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว และความเจ็บป่วย/ความไม่สุขสบาย ซึ่งพบว่า กลุ่มศึกษามีจำนวนผู้ป่วยที่มีปัญหาน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.025$ และ 0.001 ตามลำดับ) เนื่องจากการออกเยี่ยมบ้านจะมีแพทย์แผนไทยจ่ายยาสมุนไพรหรือนัดให้ไปรับบริการที่คลินิกแพทย์แผนไทยในกรณี que ผู้ป่วยไม่สบายหรือปวดเมื่อย และนักกายภาพสอนวิธีการออกกำลังกาย การทำกายภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มศึกษามีปัญหาด้านนี้น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างชัดเจน

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 , $p\text{-value} = 0.009$) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Theodorou et al [39] ซึ่งศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในประเทศไชปรัส

จำนวน 528 ราย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต EQ-5D เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยก่อนและหลังการให้การบริบาลทางเภสัชกรรม พบว่า ในการติดตามผลครั้งที่ 2 ผู้ป่วยมี EQ-5D utility score และ EQ VAS score มากกว่าก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001 และ p -value < 0.001 ตามลำดับ) และการศึกษาของ Masoom et al [40] ศึกษาผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมที่มีต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประเทศปากีสถาน จำนวน 116 ราย หลังจากให้การบริบาลทางเภสัชกรรมเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า ผู้ป่วยมี EQ-5D utility score และ EQ VAS score มากกว่าก่อนการศึกษาย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value = 0.002 และ p -value = 0.002 ตามลำดับ) เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวกลุ่มศึกษามีเพียงกลุ่มเดียวโดยเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการศึกษาและจำนวนผู้ป่วยมีจำนวนมากกว่าการศึกษานี้จึงทำให้เห็นผลคุณภาพชีวิตชัดเจน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไป ควรเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ใช้ในการศึกษาและวัดคุณภาพชีวิตเปรียบเทียบก่อนและหลังการศึกษาเพื่อให้ทราบผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น

4. ปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไข

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบร้อยละของปัญหาเกี่ยวกับยาที่ได้รับการแก้ไข โดยเภสัชกรเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาความไม่ร่วมมือในการใช้ยา และการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Neto et al [9] ศึกษาการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ พบว่า ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบมากที่สุด คือ ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (ร้อยละ 55.63) เช่นเดียวกับการศึกษาของมัทธินยา ภูเกสร [10] ที่ศึกษาปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง (ร้อยละ 30.9) ดังนั้น จึงต้องมีวิธีกระตุ้นผู้ป่วยเป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษา จากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้พบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่ง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่บ้านคนเดียวมักมีปัญหาลืมรับประทานยา และความสามารถในการมองเห็นลดลง ผู้ป่วยชายส่วนใหญ่จะละเลยต่อการดูแลสุขภาพด้านพฤติกรรม เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเร่งรีบไปทำงาน ทำให้ลืมรับประทานยาหรือเข้าใจผิดว่าถ้าไม่ได้รับประทานยาเข้าก็รับประทานยาไม่ได้ ผู้ป่วยจึงรับประทานยาไม่ตรงเวลา รวมทั้งผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากขาดความตระหนักถึงความสำคัญของโรค ซึ่งแนวทางการแก้ไขปัญหาที่บ้านของผู้ป่วยส่วนหนึ่ง คือ การพูดคุยทำความเข้าใจกับผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย การให้ความรู้และความเข้าใจทั้งเรื่องโรคการรักษา และการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้าตรงเวลา และถูกต้องตามหลักโภชนาการ การใช้ยาอย่างถูกต้องเหมาะสม และคำแนะนำในการแก้ไขภาวะฉุกเฉินเบื้องต้น เช่น หากผู้ป่วยมีอาการปวดศีรษะ ควรรีบไปพบแพทย์

นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านทำให้เภสัชกรมีเวลามากพอที่จะดูแลและเข้าถึงปัญหาเชิงลึกของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น และสามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้มากขึ้น โดยเฉพาะปัญหาเกี่ยวกับยาที่บางครั้งไม่สามารถค้นพบได้ที่โรงพยาบาล เช่น การยืมยาของคนในครอบครัวมารับประทานในกรณีที่ยาหมดก่อนวันนัด และสามารถเข้าใจวิถีชีวิตที่ผู้ป่วยต้องเผชิญที่ทำให้การใ้ยาไม่ได้ผล ซึ่งจะเป็นผลดีในการติดตามผู้ป่วยในระยะยาวต่อไป

5. ความพึงพอใจ

เมื่อพิจารณาถึงความพึงพอใจ จากการประเมินโดยแบบสอบถามความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้านมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมาก โดยคะแนนความพึงพอใจเฉลี่ยของผู้ป่วยที่รับบริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ความสะดวกในการรับบริการเยี่ยมบ้าน (4.39 ± 0.60 คะแนน) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาวัณย์ [23] ซึ่งศึกษาผลการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 65 คน โดยกลุ่มศึกษาได้รับการบริการทางเภสัชกรรมที่บ้านทุก 6 สัปดาห์ รวม 3 ครั้ง ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการบริการทางเภสัชกรรมที่บ้านมีความพึงพอใจต่อบริการมาก จะเห็นได้ว่ากรณีที่เภสัชกรเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ ทำให้เพิ่มความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใ้ยาได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงต่อไป และจากการสอบถามการเยี่ยมบ้านเพื่อพัฒนาและปรับปรุงการบริการ พบว่าเจ้าหน้าที่ไม่ต้องปรับปรุงการบริการและอยากให้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยมอย่างน้อยเดือนละครั้งและผู้ป่วยรู้สึกดีที่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมบ้าน

ข้อจำกัด

1. ผู้ป่วยอาจจะมีการคุยกัน ทำให้ความร่วมมือในการใ้ยา และการนับเม็ดยาที่เหลือคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง เนื่องจากกลุ่มควบคุมอาจมีความตระหนักในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีความร่วมมือในการใ้ยาได้ และการวัดความร่วมมือในการใ้ยาโดยการนับเม็ดยา ซึ่งใช้ค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการใ้ยาจากรายการยาทั้งหมด อาจทำให้ข้อมูลที่ได้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรใช้วิธีการนับเม็ดยาที่มีความคลาดเคลื่อนต่ำ โดยอาจจะกำหนดรูปแบบการเก็บข้อมูลการนับเม็ดยาโดยสอบถามยาที่ผู้ป่วยมีเหลืออยู่ที่บ้านและสอบถามวิธีการรับประทานยาของผู้ป่วยทุกชนิดว่ารับประทานถูกต้องหรือไม่ โดยอาจจะทำแบบฟอร์มในกระดาษแบ่งช่องเป็นก่อนและหลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น ก่อนนอนแล้วให้ผู้ป่วยจดยว่าในแต่ละวันผู้ป่วยรับประทานยาอย่างไรแล้วนำข้อมูลทั้ง 2 ส่วนมาประเมินยาที่เหลือที่แท้จริงอีกครั้ง และการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เก็บข้อมูลความร่วมมือในการใ้ยาโดย

วิธีการนับเม็ดยาเมื่อเริ่มต้นการศึกษา ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลเพื่อนำมาเปรียบเทียบก่อนและเมื่อสิ้นสุดการศึกษา

2. การศึกษานี้มีจำนวนผู้ป่วยน้อยกว่าที่กำหนดไว้ เนื่องจากระยะเวลาทำการวิจัยที่จำกัด และภาระงานของเภสัชกรผู้วิจัยที่ต้องไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคอื่นๆ ด้วย ทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจทำให้ไม่พบความแตกต่างของการควบคุมความดันโลหิตระหว่างกลุ่มที่ศึกษา

3. ระยะเวลาการศึกษา ในการติดตามผู้ป่วยอาจจะน้อยไป อาจจะต้องใช้เวลาในการติดตามผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยบางรายถึงแม้จะมีการแก้ไขปัญหาแล้ว แต่เมื่อเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปก็พบปัญหาใหม่ที่เกี่ยวข้องกับยา

4. ในการเยี่ยมบ้านบางครั้งทีมสหสาขาวิชาชีพไม่สามารถไปพร้อมกันได้ทุกคน เนื่องจากติดภารกิจ จึงทำให้การเก็บข้อมูลล่าช้ากว่าที่กำหนดไว้ และผู้วิจัยจำเป็นต้องออกปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาล/เจ้าหน้าที่ รพสต.นอกเวลางานประจำเพื่อให้ทันเวลาที่กำหนดไว้ในการศึกษา

5. ผู้ป่วยบางรายมีปัญหาทางสายตา ทำให้ผู้วิจัยต้องอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยตอบในส่วนของความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยบางรายอาจเกรงใจผู้วิจัย ทำให้ข้อมูลคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง โดยมีแนวโน้มของคะแนนแบบสอบถามมากกว่าความเป็นจริงได้

6. ในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะไม่ได้แจ้งให้ผู้ป่วยทราบล่วงหน้า เนื่องจากการแจ้งล่วงหน้าจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเตรียมตัว ซึ่งจะไม่สามารถพบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยได้ ทำให้บางครั้งไม่เจอผู้ป่วยตามวันเวลาที่กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างชัดเจน เพื่อให้เป็นแนวทางเดียวกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติงาน คลินิกโรคความดันโลหิตสูง ควรมีการวางระบบการนัดผู้ป่วยแต่ละรายให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจติดตามจากแพทย์ผู้รักษาคงเดิม เพื่อให้การรักษาต่อเนื่องและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. ควรศึกษาถึงต้นทุนประสิทธิผลของการออกเยี่ยมของเภสัชกรและมูลค่ายาเหลือใช้

3. สำหรับปัญหาเกี่ยวกับยาบางครั้งผู้วิจัยไม่ได้ทำการประเมินข้อมูลและแก้ไข

ปัญหาทันทีในขณะที่เยี่ยมบ้าน เนื่องจากต้องมีการปรึกษาแพทย์ในการปรับเปลี่ยนยาที่ผู้ป่วยได้รับ และเนื่องจากผู้ป่วยไม่ได้พบแพทย์ท่านเดิมทุกครั้งจึงทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าพูดคุยกับแพทย์เมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ดังนั้นในการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปควรมีการประเมินผลในการเยี่ยมบ้านทันทีและแก้ไขปัญหาให้เสร็จสิ้นในการเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง

4. การเยี่ยมบ้านเป็นการเปิดบทบาทเภสัชกรในการทำงานเชิงรุก โดยเภสัชกรสามารถมีบทบาทร่วมกับบุคลากรอื่นในการกำหนดแผนการรักษาเกี่ยวกับยา สร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องสำหรับผู้ป่วยเฉพาะราย รายงานและติดตามอาการ ไม่พึงประสงค์จากยา รวมถึงความคลาดเคลื่อนทางยา (medication error) ตลอดจนช่วยพัฒนาการปฏิบัติงาน พัฒนานโยบายขององค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลการศึกษา

ถึงแม้การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพจะไม่ช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น แต่ทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยา และคุณภาพชีวิตดีขึ้น โดยเฉพาะในด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว และความเจ็บป่วย/ความไม่สุขสบาย และผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้าน นอกจากนี้ การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทำให้เภสัชกรสามารถค้นพบและช่วยแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วยได้มากขึ้น



รายการอ้างอิง

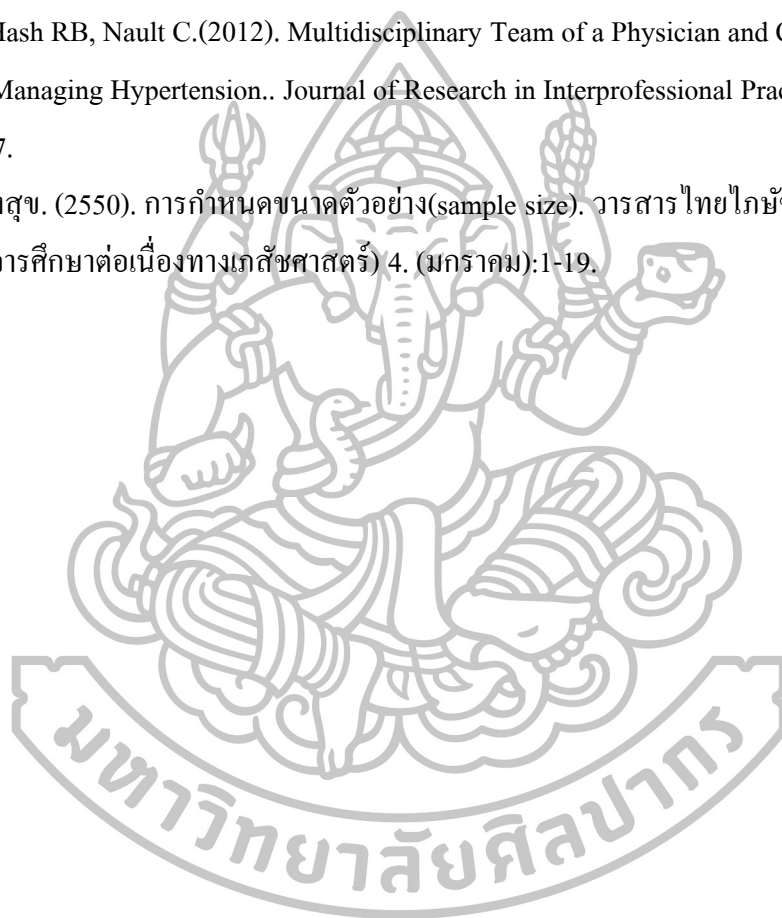
- [1] Hypertension fact sheet [Department of Sustainable Development and Healthy Environments September 2011 , World Health Organization Regional Office for South-East Asia http://www.searo.who.int/entity/noncommunicable_diseases/media/non_communicable_diseases_hypertension_fs.pdf.
- [2] WHO : New data 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.
- [3] 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>.
- [4] Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, et al (2005). "Global burden of hypertension: analysis of worldwide data". *Lancet* **365** (9455): 217–23.
- [5] วิชัย เอกพลากร (บรรณธิการ) .การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552. นนทบุรี : บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด , 2553.
- [6] Chobanian,V.A., Bakris, G.L.,Black, H.R., etal. 2003. JNC7-Complete Version. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension.*, 42 : 1206-1252.
- [7] สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2555.
- [8] Wood K.M., Thomas S, Muntne P, et al (2004). Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Current Opinion in Cardiology.* 19(4):357-62.
- [9] Neto P.R.O., Marusic S., Junior D.P.L., et al. (2011) Effect of a 36-Month Pharmaceutical Care program on Coronary Heart Disease Risk in Elderly Diabetic and Hypertensive Patients. Available from www.cspsCanada.org Jun:14(2):249-263.
- [10] มัทนียา ภู่กสร. (2552) ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล; 19(เสริม): S26-S36.

- [11] James PA, Oparil S, Carter BL, 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.
- [12] โครงการสนองน้ำพระราชหฤทัยในหลวง ทรงห่วงใยสุขภาพประชาชน”พ.ศ. 2554
- [13] วิวรรณ อัครวิเชียร. เกสัชกรรมคลินิก. ขอนแก่น; ขอนแก่นการพิมพ์ , 2541.
- [14] สุภรณ์ ปรีชากุล. (2544) ผลการให้บริบาลทางเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- [15] ปรียานุช ศิริมัย.(2544). การประเมินค่ารูปแบบการให้บริบาลทางเภสัชกรรมในการบริหารจัดการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [16] Zhao P.X., Wang C, Qin L, et al. (2012) Effect of clinical pharmacist’s pharmaceutical care intervention to control hypertension outpatients in China. Available from <http://www.academicjournals.org/AJPP>. Jan:48-56.
- [17] Morgado M, Rolo S, Branco M.C. (2011) Pharmacist intervention program to enhance hypertension control: a randomized controlled trial. Int J Clin Pharm. 33:132-140.
- [18] นรรัตน์ สมเพชร ชิดชนก เรือนก้อน อัญชลี เพิ่มสุวรรณ. (2550) ผลการเตือนทางโทรศัพท์ต่อความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตของผู้ป่วยนอก.สงขลานครินทร์เวชสาร 25,2:89-97.
- [19] ศรีโรจน์ ไทวัฒน์กูร และสงวน ลือเกียรติบัณฑิตม. (2547) การประเมินผลการบริบาลทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมอาการไม่ได้ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง. วารสารเภสัชกรรมไทย 2,2:118-129.
- [20] Hunt JS., Siemieniczuk J., Pape G., 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):1966-72.
- [21] ธิดา นิงสานนท์ จตุพร ทองอ้อม ปรีชา มณฑกานติกุล. คู่มือเภสัชกรรอบครัวและการเยี่ยมบ้าน. สมาคมเภสัชโรงพยาบาล (ประเทศไทย). มกราคม 2556.
- [22] อุไรลักษณ์ เทพวัลย์ สัมมนา มูลสาร จีริสุดา โอธรรมชัย. (2551). ผลของการบริบาลทางเภสัชกรรมโดยการออกเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วารสารเภสัชกรรมโรงพยาบาล;18(1):39-51.

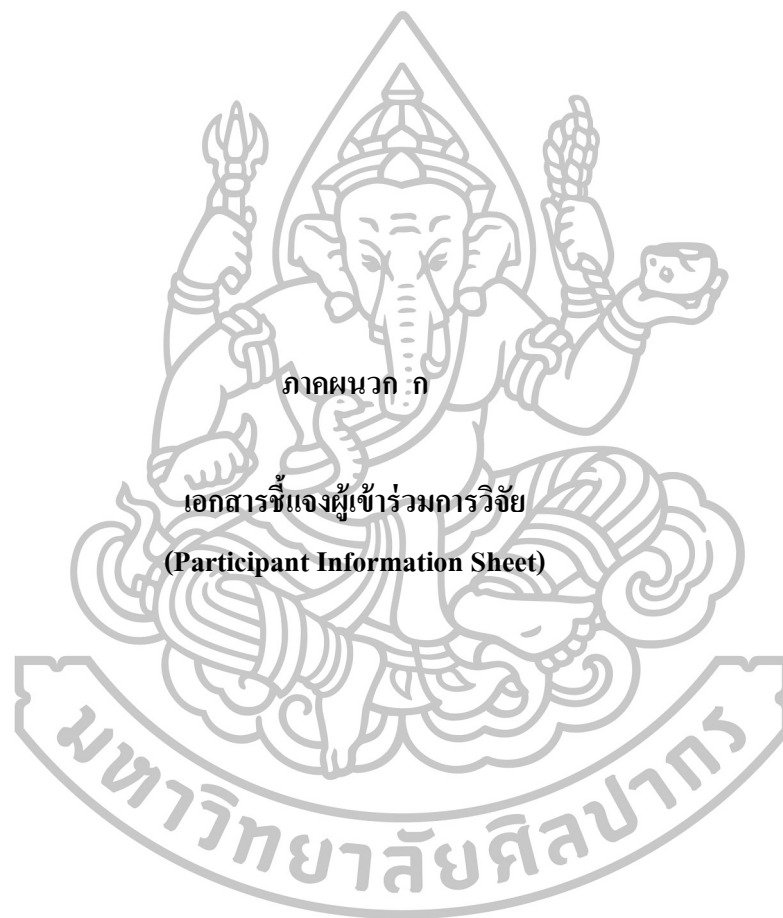
- [23] วิลาวัณย์ จรุงเกียรติขจร. (2548). ผลของการให้บริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- [24] ศิริรัตน์ ตันปิชาติ และรุ่งพีเชิร. (2554). การดูแลปัญหาจากการใช้ยาในผู้ป่วยเฉพาะรายในชุมชน เขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. ที่ประชุมวิชาการระดับชาติ มหกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 4 กรกฎาคม;มิราเคิลแกรนด์: กรุงเทพมหานคร.
- [25] รายงานสถิติ กลุ่มงานเวชสถิติ โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี. มิถุนายน 2556.
- [26] คลินิกความดัน โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี. มิถุนายน 2556.
- [27] สมชาย สุริยะไกร. (2546). คู่มือฝึกปฏิบัติงานทางเภสัชกรรม (ฉบับพกพา).พิมพ์ครั้งที่ 6. หน้า 254-263.ภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [28] Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R,Lamsam G. Drug related problem: their structure and function. DICP Pharmacother 1990;24:1093-7.
- [29] เฉลิมศรี กุมมารกุล.(2543). ปรัชญาการบริหารทางเภสัชกรรมปฏิบัติ. ในโอสถกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร. บริษัทไทยมิตรภาพการพิมพ์จำกัด.
- [30] นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. (2555). ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา. วารสารไทยโภชนาการ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์) 7. (มกราคม-ธันวาคม):1-17.
- [31] Techniques for Measuring Medication Adherence in Hypertensive Patients in Outpatient Settings
- [32] ศุทธิพร สร้อยแก้ว. (2553). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงราย. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- [33] American Society of Health-System Pharmacists. (2000). ASHP Guidelines on the Pharmacist's Role in Home Care. Am J Health-Syst Pharm; 57:1252-7.
- [34] Kozma CM., Reeder CE. And Schulz RM. (1993). Economic Clinical and Humanistic Outcome : a Planing Model for Pharmacoeconomic Research Cli Ther. Nov-Dec 15:1121-1132.
- [35] Coons SJ., Johnson JA. (1996). Humanistic Outcome in Social and Behavioral Aspects of Pharmaceutical care.17:403-445.
- [36] Schron EB. and Shumaker SA. (1992). The Integration of Health Quality of Life in Clinical Research : Experience from Cardiovascular Clinical Trials , Prog Cardiovasc Nurs. 7:21-28.

- [37] Patric DL, Erickson P. (1993). Health Status and Health Policy: Allocating Resources to Health Care. New York. Oxford University Press, quoted in Coons SJ. and Johnson JA. (1996). Humanistic Outcomes, Chap 17, In Social and Behavioral Aspects of Pharmaceutical Care. 406. Smith MC. and Wertheimer AI. eds. New York: Pharmaceutical Product Press And Imprint of the Haworth Press. Inc.
- [38] พรรณทิพา สักดิ์ทอง. คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ. Thai Pharmaceutical and Health Science Journal. Vol.2 No. 3, Sep-Dec.2007.
- [39] Theodorou M, KAITELDOU D, GALANIS P., et al. (2011). Quality of life Measurement in Patients with Hypertension in Cyprus.52:407-415.
- [40] Masoom MA, Waheed A, Shikh D., et al. (2014). Role of Pharmacist in Improving Health Related Quality of Life (HRQoL) in Hypertensive Patients in Pakistan. American Journal of Pharmacological Sciences. 17-22.
- [41] วรินภรณ์ ชัยเรือง. (2555). คุณภาพชีวิตของนักศึกษาระดับปริญญาโท ภาคพิเศษ (หลักสูตร 1 ปี) คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- [42] Zillich AJ., Jason M., Kumbera., et al. (2005). Hypertension Outcomes Through Blood Pressure Monitoring and Evaluation by Pharmacists (HOME Study). Available from www.JGIM.org June:1091-1096.
- [43] Anne JL., Marcia ES., David S. (1982) The effect of Family Involvement and Practitioner Home Visits on the Control of Hypertension. American Journal of Public Health.72(10):1146-1154.
- [44]] มณฑา ถิระวุฒิ. (2550)ผลของการเติมยารักษาความดันโลหิตสูงโดยเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนตำบลเทพา. สงขลานครินทร์เวชสาร 25,4:302-313.
- [45] Carter BL., Barnette DJ., Chrischilles E., et al. (1997). Evaluation of hypertensive patients after care provided community pharmacists in a rural setting. Pharmacotherapy. Nov-Dec;17(6):1274-85.
- [46] Vivian EM. (2002) Improving blood pressure control in a pharmacist-managed hypertension clinic. Pharmacotherapy. Dec;22(12):1533-40.

- [47] บุญกร หนูงำ. (2546). ผลของการให้บริการรับยาคลินิกต่อเนื่อง โดยเภสัชกรต่อคุณภาพการรักษาโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- [48] Erhuna WO., Agbanib EO., Bolaj EE. (2005) . Positive benefits of a pharmacist-managed hypertension clinic in Nigeria. *Public Health* 119;792–798.
- [49] Hutchison RW. Hash RB, Nault C.(2012). Multidisciplinary Team of a Physician and Clinical Pharmacists Managing Hypertension.. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education (JRIPPE)*.1-7.
- [50] ระพีพรรณ ฉลองสุข. (2550). การกำหนดขนาดตัวอย่าง(sample size). วารสารไทยโภชนาการ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์) 4. (มกราคม):1-19.







ภาคผนวก ก

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

มหาวิทยาลัยศิลปากร



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัย หรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยเรื่อง ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพุทธชาติ มากชุมนุม

สถานที่วิจัย โรงพยาบาลบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ผู้ให้ทุน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อประเมินการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ความร่วมมือในการใช้ยา คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจ หลังจากที่ทีมสหสาขาวิชาชีพอันประกอบด้วย เภสัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย และลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง มีความร่วมมือในการใช้ยาเพิ่มขึ้น ตระหนักถึงความสำคัญและรู้จักดูแลตนเองในการปฏิบัติตนและการใช้ยาเพื่อควบคุมโรคมากขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและพบปัญหาเกี่ยวกับขาดแคลน นอกจากนี้จะเป็นแนวทางพัฒนาบทบาทวิชาชีพของเภสัชกรในการให้บริการทางเภสัชกรรมที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเรื้อรังอื่น ๆ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยนี้เพราะ ท่านเป็นผู้ป่วยนอกที่มีรายชื่อในทะเบียนคลินิกโรคความดันโลหิตสูง ของโรงพยาบาลบ้านนาสาร อายุ 18-65 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (essential hypertension) ทั้งที่ไม่มีโรคร่วมและมีโรคร่วม มีผลการวัดความดันโลหิตก่อนการวิจัย เป็นเวลา 6 เดือน มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท แต่น้อยกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท อย่างน้อย 2 ครั้ง มีคะแนนความร่วมมือในการใช้ยาเมื่อประเมินโดย Modified Morisky Scale น้อยกว่า 6 คะแนนจากคะแนนเต็ม 8 คะแนน ในการวิจัยนี้จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสิ้นประมาณ 144 คน ระยะเวลาที่จะทำการวิจัยรวม 6 เดือน โดยแบ่งผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม จำนวน 72 คน ซึ่งจะได้รับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล และกลุ่มศึกษา จำนวน 72 คน ซึ่งจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับการบริหารทางเภสัชกรรมตามปกติของโรงพยาบาล

ขั้นตอนการปฏิบัติตัวหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ท่านจะต้องวัดความดันโลหิตตามปกติของโรงพยาบาล และนำยาโรคประจำตัวที่เหลือมาตามวันนัดทุกครั้ง **ความเสี่ยงและ/หรือความไม่สบายที่อาจเกิดขึ้น** การเข้าร่วมงานวิจัยนี้อาจทำให้ท่านต้องใช้เวลาในการรับบริการที่โรงพยาบาลนานขึ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยมีวิธีการเพื่อลดความเสี่ยงดังกล่าวโดยจัดกระบวนการทำงานที่ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร รวมทั้งประชุมชี้แจงให้ผู้เกี่ยวข้องและผู้ป่วยทราบขั้นตอนการดำเนินงาน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ หากท่านไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้จะไม่ มีผลกระทบใด ๆ ทั้งในปัจจุบันและอนาคตด้านการรักษาพยาบาลของท่าน โดยท่านก็จะได้รับการตรวจเพื่อการวินิจฉัยและรักษาโรคของท่านตามวิธีการที่เป็นมาตรฐาน

ระบุชื่อผู้วิจัยที่จะสามารถติดต่อได้ หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวกับการวิจัย หรือเมื่อบาดเจ็บ/เจ็บป่วยจากการวิจัยท่านสามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางสาวพุทธชาติ มากชุมนุม ที่อยู่ โรงพยาบาลบ้านนาสาร ตำบลนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-341416 โทรศัพท์มือถือ 087-689-5037 ติดต่อได้ 24 ชั่วโมง

คำตอบแทนที่จะได้รับ -

ค่าใช้จ่ายที่เข้าร่วมการวิจัยจะต้องรับผิดชอบเองมีอะไรบ้าง สำหรับการรักษานั้น ท่านจะได้รับการรักษาพยาบาลตามสิทธิการรักษาพยาบาลตามปกติที่ท่านได้รับ หากผู้ป่วยใช้สิทธิการรักษาพยาบาล เช่น หลักประกันสุขภาพ เบิกจ่ายตรง และประกันสังคม ท่านไม่ต้องชำระเงิน หากท่านไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาลใด ๆ ท่านต้องชำระเงินเองในการรักษา

หากมีข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

การรักษาความลับ ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ ไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล เช่น ชื่อ เลขประจำตัวผู้ป่วยของท่าน แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลส่วนรวม ข้อมูลของผู้ร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น คณะกรรมการจริยธรรม เป็นต้น

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ทราบได้ที่ ฝายเลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานเลขานุการคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร เบอร์โทร 034-255800

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว

ลงชื่อ

(.....)

วันที่

หมายเหตุ :

1. หากผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้เยาว์ (อายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์) และเอกสารชี้แจงนี้ทำให้ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรมเป็นผู้อ่าน ให้เปลี่ยนสรรพนาม “ท่าน” เป็น “เด็กในปกครองของท่าน” ตามตำแหน่งที่เหมาะสม
2. ผู้วิจัยควรมอบสำเนาแบบยินยอมอาสาสมัครพร้อมแนบคำชี้แจงอาสาสมัครอย่างละ 1 ชุด ให้อาสาสมัครหรือผู้ปกครองด้วย





หนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
 กรณีที่อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเป็นผู้ที่บรรลุนิติภาวะ
INFORMED CONSENT FORM

โครงการวิจัยเรื่องผลของการเชื่อมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
 วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
 ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....อยู่บ้านเลขที่.....
 ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 รหัสไปรษณีย์ 84120 บัตรประชาชน/ข้าราชการเลขที่.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับเอกสารและคำอธิบายจากผู้วิจัย ถึง
 วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีวิจัย อันตรายหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยหรือจากยาที่ใช้
 รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจดีแล้ว ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ที่
 ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ไม่ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ ข้าพเจ้านุญาตให้ผู้วิจัยเปิดเผยข้อมูล
 เกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าได้ตามที่ผู้วิจัยเห็นสมควร ข้าพเจ้าเข้าร่วม โครงการนี้ด้วยความสมัครใจ และมีสิทธิ์ที่จะ
 บอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้

ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย ขอให้รับรองว่าจะเก็บข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้าเป็น
 ความลับและจะเปิดเผยเฉพาะในรูปที่เป็นการสรุปการวิจัย โดยไม่ระบุตัวบุคคลผู้เป็นเจ้าของข้อมูล และหาก
 เกิดอันตรายหรือความเสียหายอันเป็นผลจากการวิจัยต่อข้าพเจ้า ผู้วิจัยและ/หรือผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยจะ
 จัดการรักษาพยาบาลให้จนกลับคืนสภาพเดิม และจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการรักษาพยาบาลรวมทั้ง
 ชดใช้ค่าเสียหายอื่นถ้าหากมี

ผู้วิจัยแจ้งด้วยว่าข้าพเจ้าสามารถติดต่อกับผู้วิจัย นางสาวพุทธชาติ มากชุมนุม

ได้ที่ โรงพยาบาลบ้านนาสาร ตำบลนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี รหัสไปรษณีย์ 84120
โทรศัพท์ 087-689-5037 โทรสาร 077-341057

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....อาสาสมัครผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

()

ลงนาม.....ผู้วิจัย

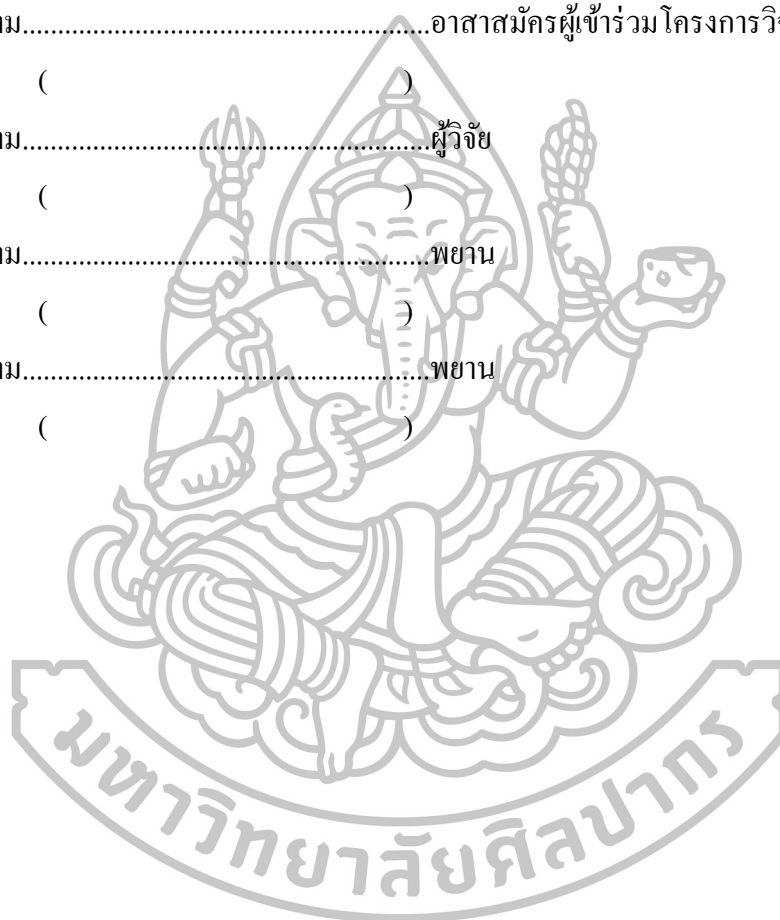
()

ลงนาม.....พยาน

()

ลงนาม.....พยาน

()





แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง ปัจจุบันมีอายุ ปี
2. สถานภาพการสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา- ปวช.	<input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา - ปวส.
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
4. ปัจจุบันอาศัยอยู่กับ

<input type="checkbox"/> อยู่คนเดียว	<input type="checkbox"/> สามี/ภรรยา
<input type="checkbox"/> บุตร/หลาน	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
5. รายได้รายเดือนของครอบครัว

<input type="checkbox"/> น้อยกว่า 5,000 บาท	<input type="checkbox"/> 5,000-10,000 บาท
<input type="checkbox"/> 10,000-15,000 บาท	<input type="checkbox"/> มากกว่า 15,000 บาท
6. อาชีพ

<input type="checkbox"/> แม่บ้าน/พ่อบ้าน	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> ราชการ/ข้าราชการบำนาญ	<input type="checkbox"/> รัฐวิสาหกิจ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....	

7. ประวัติการสูบบุหรี่

- สูบบุหรี่ ครั้งละ.....มวน/ซอง ต่อ.....วัน/สัปดาห์ ระยะเวลาที่สูบ.....ปี
- เคยสูบบุหรี่ ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว ระยะเวลาที่เคยสูบบุหรี่.....ปี
- ไม่เคยสูบบุหรี่

8. ประวัติการดื่มสุรา/แอลกอฮอล์

- ดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ ครั้งละ.....แก้ว/ซีซี ต่อ.....วัน/สัปดาห์ ระยะเวลาที่ดื่ม.....ปี
- เคยดื่มสุรา/แอลกอฮอล์ปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ระยะเวลาที่เคยดื่ม.....ปี
- ไม่เคยดื่มสุรา/แอลกอฮอล์

9. ปัจจุบันท่านออกกำลังกายโดยวิธีการใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เดินเร็ว | <input type="checkbox"/> เต้นแอโรบิค |
| <input type="checkbox"/> ปั่นจักรยาน | <input type="checkbox"/> วิ่ง |
| <input type="checkbox"/> ว่ายน้ำ | <input type="checkbox"/> กายบริหาร |
| <input type="checkbox"/> ไม่เคยออกกำลังกาย | <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ..... |



แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ที่อยู่.....อาชีพ..... ประวัติแพ้ยา..... ส่วนสูง..... ซม.

Visit	0	1	2	3
Date/Month/Year				
1 ผลทางคลินิก				
1.1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ				
BW(Kg)/BMI(kg/m ²)				
BP(mmHg)				
PP/PR				
BUN/Cr				
อื่นๆ				
1.2 การส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ เนื่องจากสาเหตุ				
2 การรักษา	Dx	Dx	Dx	Dx
การวินิจฉัยโรคจากแพทย์				
<input type="checkbox"/> Diet education				
<input type="checkbox"/> Non drug Rx				
<input type="checkbox"/> Drug				
การนัดครั้งต่อไป				
4 การปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อควบคุม ความเสี่ยง (✓/×)				
<input type="checkbox"/> การสูบบุหรี่				
<input type="checkbox"/> การดื่มแอลกอฮอล์				
<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหารเค็ม มีเกลือมาก				
<input type="checkbox"/> การรับประทานอาหารไขมันสูง				
<input type="checkbox"/> มีภาวะเครียด				
<input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย < 3 ครั้ง/สัปดาห์				
<input type="checkbox"/> ควบคุมน้ำหนักไม่ดี (BMI ≤ 25 kg/m ²)				

แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน การรักษาและการใช้ยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี ที่อยู่.....อาชีพ..... ประวัติแพ้ยา..... ส่วนสูง..... ซม.

Visit	1	2	3
5 ADR-related (ประเมิน Naranjo's algorithm)	การแก้ไข	การแก้ไข	การแก้ไข
<input type="checkbox"/> ยา: อาการ:			
6 Drug interaction-related			
<input type="checkbox"/> ยา: ผล:			
7 ปัญหาจากการรักษาด้วยยา (DTPs) (นอกเหนือจาก compliance, adverse drug reaction)			
<input type="checkbox"/> ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับขนาดยาน้อยเกินไป <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยา แต่ยาที่ถูกเลือกใช้ไม่เหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ป่วยได้รับยาขนาดมากเกินไป <input type="checkbox"/> อื่น ๆ			
8 สรุปปัญหาทั้งหมดและแนวทางแก้ไข/ ให้คำแนะนำ			
9 การวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อไป			
10 ผลการติดตามเยี่ยมบ้าน			



แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
modified Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

คำชี้แจง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีข้อคำถาม 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีข้อคำถาม 1 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีจำนวนคำถาม 7 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ข้อคำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1) บางครั้งท่านลืมรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่		
2) ให้นึกทบทวนว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีบางวันหรือไม่ที่ท่านไม่ได้รับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง		
3) ท่านเคยหยุดรับประทานยาโดยไม่บอกแพทย์ เนื่องจากรู้สึกแย่งเมื่อรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่		
4) เมื่อท่านเดินทางหรือออกจากบ้าน บางครั้งท่านเคยลืมนำยาไปด้วยหรือไม่		
5) เมื่อวานนี้ ท่านรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่		
6) เมื่อท่านสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ปกติ บางครั้งท่านหยุดรับประทานยาหรือไม่		
7) ท่านรู้สึกขงยาก รบกวนหรือไม่ ในการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงตามแผนการรักษาของแพทย์		

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีจำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างหลังข้อความที่ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

ท่านมีความยุ่งยากที่จะจำเกี่ยวกับยาโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดของท่านบ่อยแค่ไหน

- ไม่เคย
- นานๆ ครั้ง
- บางครั้ง
- เกือบทุกครั้ง
- ประจำทุกครั้ง



ภาคผนวก จ

แบบบันทึกการนับเม็ดยาเพื่อประเมินความร่วมมือในการใช้ยา



แบบประเมินคุณภาพชีวิต EuroQol-5D (EQ-5D)

กรุณาทำเครื่องหมาย x

ลงในช่องสี่เหลี่ยมของคำถามแต่ละข้อที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันเนื่ามากที่สุด

การเคลื่อนไหว

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการเดิน
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการเดินบ้าง
- ข้าพเจ้าไม่สามารถไปไหนได้ และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง

การดูแลตนเอง

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการดูแลตนเอง
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการอาบน้ำหรือการแต่งตัวบ้าง
- ข้าพเจ้าไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้

กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (เช่น การทำงาน, การเรียนหนังสือ, การทำงานบ้าน,
การทำกิจกรรมในครอบครัว หรือการทำกิจกรรมยามว่าง)

- ข้าพเจ้าไม่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ
- ข้าพเจ้ามีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำอยู่บ้าง
- ข้าพเจ้าไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้

ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย

- ข้าพเจ้าไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบาย
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายปานกลาง
- ข้าพเจ้ามีอาการเจ็บปวดหรืออาการไม่สบายมากที่สุด

ความวิตกกังวล/ ความซึมเศร้า

- ข้าพเจ้าไม่รู้สึกรวิตกกังวลหรือซึมเศร้า
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง
- ข้าพเจ้ารู้สึกวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด

เพื่อช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพของท่าน, ทางเราได้จัดทำสเกลวัดระดับสุขภาพขึ้น
เริ่มตั้งแต่ระดับ 0 ถึง 100 โดยที่ 100 หมายถึงภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด และ 0 หมายถึง
ภาวะสุขภาพที่แย่ที่สุด ตามความคิดของท่าน

กรุณาประเมินภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้ว่าดีหรือไม่ดีเพียงไร
โดยการลากเส้นจากช่องสี่เหลี่ยมข้างล่างนี้ไปยังจุดบนสเกลวัดระดับ
สุขภาพที่ตรงกับภาวะสุขภาพของท่านในวันนี้

ภาวะสุขภาพของ
ท่าน ในวันนี้

ภาวะสุขภาพที่ท่าน
รับรู้ว่าเป็นที่ดีที่สุด

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

ภาวะสุขภาพที่ท่าน
รับรู้ว่าเป็นที่แย่ที่สุด



ภาคผนวก ข

แบบประเมินความพึงพอใจ

แบบประเมินความพึงพอใจ

ผลของการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

ตอนที่ 1 คำถามความพึงพอใจ

คำชี้แจง : แบบสอบถามชุดนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ กรุณาทำเครื่องหมาย (X) ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คำถาม	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่มี ความ เห็น	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ท่านได้รับความสะดวกในการรับบริการเยี่ยมบ้าน					
2. ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีสื่อและเอกสารแผ่นพับในการ ให้ความรู้ และข้อมูลเพียงพอกับความต้องการ					
3. ทีมสหสาขาวิชาชีพ มีความรู้ ความสามารถในการ ให้คำแนะนำท่านอย่างเพียงพอ					
4. ท่านคิดว่าทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถให้คำแนะนำ ด้านยาและแก้ปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาของท่านได้					
5. ท่านได้รับคำแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วย/การปฏิบัติตัว ที่ชัดเจนจากทีมสหสาขาวิชาชีพ					
6. การเข้าร่วมโครงการนี้ทำให้ท่านมีความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงที่ท่านเป็น					
7. ท่านได้รับข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาตรงกับ ความต้องการ					
8. การมีทีมสหสาขาวิชาชีพ ไปเยี่ยมท่านที่บ้าน จะช่วยให้ท่านควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย					
9. ท่านรู้สึกว่ามี ความเป็นส่วนตัวเพียงพอที่ทำให้ท่านพูดคุย ได้อย่างสบายใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของท่าน					
10. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ยิ้มแย้มแจ่มใส มีกิริยาและวาจาสุภาพ ในการให้บริการ					
11. ทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ความสนใจและเอาใจใส่ให้ท่านมี ส่วนร่วม					
ในการวางแผนการรักษาโรคของท่านเอง					
12. โดยภาพรวมท่านพอใจกับการบริการที่ได้รับ					

ตอนที่ 2 ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อพัฒนาและปรับปรุงการบริการ

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเลือกตอบ

1 ควรมีการปรับปรุง

มี (ตอบข้อ 2 ด้วย) ไม่มี

2 เจ้าหน้าที่ควรได้รับการปรับปรุง (เลือกตอบได้หลายข้อ)

แพทย์ เภสัชกร พยาบาล อื่นๆ ระบุ.....

ควรปรับปรุงอย่างไร โปรดให้คำแนะนำ เพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนา.....

.....

.....

ทุกความคิดเห็นของท่านมีค่าสำหรับเรา ขอขอบคุณที่ตอบแบบสอบถามนี้





คู่มือการใช้ยา
ลดความดันโลหิตสูง



ด้วยความปรารถนาดีจาก
กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลบ้านนาสาร
จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โทรศัพท์: 077-341416 (111) โทรสาร: 077-341057



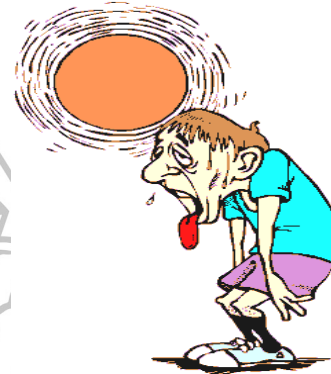
โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension) หมายถึง การมีค่าความดันโลหิตขณะพัก ในช่วงหัวใจบีบตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือในช่วงหัวใจคลายตัว มากกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท

อาการของโรคความดันโลหิตสูง ในระยะแรก มักจะไม่มีอาการอะไร แต่บางคนอาจมีอาการ



เวียนหัว ปวดศีรษะ



เหนื่อยง่าย

โรคแทรกซ้อน

ถ้ามีความดันโลหิตสูงเป็นเวลานาน โดยไม่ได้รับการรักษาจะเกิดโรคแทรกซ้อนต่ออวัยวะสำคัญต่างๆ ดังนี้



หัวใจโต, เจ็บหน้าอก หรือหัวใจล้มเหลวเนื่องจาก หลอดเลือดหัวใจหนาตัวและแข็งตัว





อัมพาต อัมพฤกษ์ เกิดจากหลอดเลือดในสมอง

แตกหรืออุดตัน



สัปดาห์ของโรครักษาโรคไต

ไตวาย เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงไต

ไม่เพียงพอ

ทำให้ไตเสื่อมสมรรถภาพจนถึงขั้น ไตวาย



ตามัวตาบอด เกิดจากหลอดเลือด ที่ตาอุดตัน

สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนได้

โดยการควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่

ในเกณฑ์ น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

สัญญาณอันตราย

“อาการที่ควรไปพบแพทย์”



เวียนหัวปวดหัว



ตามัวลง

วัน



ปัสสาวะไม่ออก 2-3



หน้ามืด เป็นลมบ่อย



บวมตามปลายมือปลายเท้า



10 วิธีหนีความดันโลหิตสูง

1. ออกกำลังกาย เช่น ควรออกกำลังกายแบบ

แอโรบิก คือ การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่องเช่น เดิน วิ่งเหยาะ ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน รำมวยจีน เต้นแอโรบิก อย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 3-5 วันต่อสัปดาห์

2. ควบคุมน้ำหนักให้ดัชนีมวลกาย เท่ากับ

18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร โดยควรมีเส้นรอบเอวน้อยกว่า 90 เซนติเมตรในผู้ชายและ 80 เซนติเมตรในผู้หญิง

3. หลีกเลี่ยงความเครียด

4. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันหรืออาหารทอด ลดปริมาณไขมันในอาหาร โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว

5. รับประทานอาหารประเภทผัก ผลไม้

6. จำกัดอาหารเค็ม เช่น เกลือ น้ำปลา ปลาจืด ผงชูรส รสดี อาหารกระป๋อง อาหารสำเร็จรูป ขนมขบเคี้ยว โดยไม่ควรบริโภคเกลือมากกว่า 1 ช้อนชาต่อวัน

7. งดสูบบุหรี่ เนื่องจากการสูบบุหรี่จะทำให้โรคแทรกซ้อนเกิดเร็วขึ้น 2-3 เท่า

ท่านต้องไม่เข้าใจผิดคิดว่าการรับประทานยาคุมความดันโลหิตได้ตามเกณฑ์เป้าหมายแล้ว การสูบบุหรี่ต่อไปไม่น่าจะเสียหายอะไร เพราะ

แม้ว่าท่านจะคุมความดันโลหิตด้วยยาลดความดันโลหิตได้ แต่การสูบบุหรี่ก็จะทำให้เกิดความผิดปกติของไขมันในเลือด ซึ่งจะทำให้เส้นเลือดเสื่อมเร็วขึ้น ตีบตันเร็วขึ้น จนเกิดโรคหัวใจ สมอเสื่อม และไตวายเร็วขึ้น มากกว่าผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สูบบุหรี่และการเปลี่ยนไปสูบบุหรี่ก้นกรองหรือบุหรี่รสอ่อน ไม่ได้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ถ้าท่านเลิกสูบบุหรี่ได้ จะทำให้

- 1 สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายได้
- 2 แพทย์จะสามารถลดยาความดันโลหิตลงได้
- 3 ระดับไขมันชนิดดีจะเพิ่มขึ้น และชนิดไม่ดีจะลดลง
- 4 หลอดเลือดจะเสื่อมช้าลง
- 5 ลดโอกาสเกิดโรคอัมพฤกษ์-อัมพาต โรคหัวใจ ไตวาย
- 6 ลดโอกาสการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

เด็กสูบบุหรี่กันเยอะครับ





เชิญชวนเลิกสูบบุหรี่

8. งดดื่มสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มสุราจะไปกระตุ้นหัวใจให้สูบฉีดเลือดได้เร็ว และแรงขึ้น ทำให้เกิดความดันสูงในหลอดเลือด นอกจากนี้แล้ว การดื่มสุรายังนำไปสู่โรคทางระบบหลอดเลือดและหัวใจอื่นๆ เช่น โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคกล้ามเนื้อหัวใจผิดปกติ ซึ่งผลจากโรคต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดความดันโลหิตสูงนั่นเอง ที่น่ากลัวยิ่งไปกว่านั้น คือภาวะต่างๆ เหล่านี้อาจทำให้การทำงานของหัวใจเสื่อมลง หัวใจเต้นผิดปกติ และอาจเกิดภาวะหัวใจวาย ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้โดยเฉียบพลัน ดังนั้น

ควรงดดื่มหรือจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิลิตร ต่อวัน ไวน์ไม่เกิน 300 มิลลิลิตรต่อวัน

9. ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ

เพื่อความมั่นใจว่าความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท

10. รับประทานยาให้สม่ำเสมอและมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา



ข้อควรปฏิบัติในการใช้ยาลดความดันโลหิต

1. รับประทานยาตรงเวลาทุกวันจะได้ผลดี หากกลัวลืม ควรรับประทานในเวลาที่เป็นนอน เช่น หลังรับประทานอาหารเช้า
2. *ไม่ควร* งด แบ่ง หรือเลี้ยวเม็ดยา *ยกเว้น*

จากแพทย์จะสั่งเนื่องจากขาดความดันบางชนิดเป็นแบบออกฤทธิ์
เน้นการบดแบ่ง หรือเคี้ยวเม็ดยา จะทำให้การรักษาไม่ได้ผล หรืออาจ
ทำให้เกิดพิษของยาได้

3. หากลืม รับประทานยาให้รับประทานทันที ที่นึกได้ หากใกล้
กับเวลารับประทานครั้งต่อไปให้
รับประทานยาครั้งต่อไปตามปกติโดย **ไม่ต้องเพิ่มขนาดยา**
เป็น 2 เท่า

4. ควรมียาสำรองให้เพียงพอก่อนเดินทางไกล
หรือไปพักผ่อนในที่ต่างๆซึ่งอาจหาหาไม่ได้

5. หากรับประทานยาแล้วเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนควรรับประทานยา
หลังอาหารทันที

6. **ควรพบแพทย์ตามนัด** เพื่อประเมินผลการรักษาเนื่องจากในบางครั้ง
อาจต้องปรับเปลี่ยนขนาดยา

7. เมื่อรับประทานยาลดความดันโลหิตอาจ
มีอาการเวียนศีรษะหน้ามืด มึนงง เวลาเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็ว
ดังนั้นเพื่อป้องกันภาวะดังกล่าว จึงควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ เช่น
เมื่อจะเปลี่ยนจากการนอนเป็นยืน ไม่ควรลุกขึ้นยืนโดยทันทีควรจะนั่ง
สักครู่ก่อนที่จะยืนขึ้น

8. หากกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร ควรแจ้งให้

แพทย์ทราบโดยเฉพาะกรณีตั้งครรภ์ควรแจ้ง
ให้แพทย์ทราบทันที

9. หากจะต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือทำฟัน ต้องแจ้งให้แพทย์หรือทันต
แพทย์ทราบว่าใช้ยาลดความดันโลหิตอยู่

10. **ไม่ควร**ปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือหยุดยาเอง

11. **ห้าม**ให้ยาลดความดันโลหิตแก่ผู้อื่นใช้ หรือใช้
ร่วมกับผู้อื่น



ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง



HCTZ 25 mg



Furosemide 40 mg

คำแนะนำ

1. ยานี้ทำให้ระดับโพแทสเซียมในเลือดลดลง ซึ่งอาจทำให้กล้ามเนื้ออ่อนล้าไม่มีแรง จึงควรรับประทานอาหารที่มีสารโพแทสเซียมสูงทดแทน

เช่น ส้ม กกล้วย มะเขือเทศ เป็นต้น

2. ยานี้อาจมีผลทำให้ปัสสาวะบ่อย อ่อนเพลีย กระหายน้ำ อาจมีอาการวิงเวียน ปวดศีรษะให้แก้ไขโดยควรจะทำอย่างๆ เคลื่อนไหว เมื่อเปลี่ยน

อิริยาบถจากท่านั่งหรือนอน

3. หากน้ำหนักตัวลดหรือเพิ่มอย่างรวดเร็ว ตาพร่ามัว สับสน ควรจะ

ปรึกษาแพทย์

4. หากมีผื่นขึ้นควรหยุดยาและรีบปรึกษาแพทย์



Amlodipine 5 mg

คำแนะนำ

1. หากมีอาการเวียนศีรษะ หน้ามืดจะเป็นลม โดยเฉพาะเวลาที่เปลี่ยนอิริยาบถจากท่านอนหรือนั่งให้เปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ
2. หากพบอาการ ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ร้อน วูบวาบ คลื่นไส้ ตะคริว ถ้าอาการเหล่านี้ไม่หายหรือรุนแรงขึ้นให้ไปพบแพทย์
3. หากมีอาการชาหรือเท้าบวม หายใจลำบาก มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ใจสั่น มีอาการปวดเค้นอกอย่างรุนแรงหรือเป็นบ่อยๆ หรืออาการปวดคงอยู่นาน ให้รีบไปพบแพทย์ทันที



Atenolol 50 mg

ผลข้างเคียง ได้แก่ จะมีอาการมือเท้าเย็น ทำให้โรคหอบหืดเป็นมากขึ้น ซึมเศร้า ผื่นร่าย อ่อนเพลีย เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ

คำแนะนำ

1. หากผู้ป่วยมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ท้องเสีย ท้องผูก เวลารับประทานยา ควรดื่มน้ำมากๆ หรือรับประทานของว่างเล็กน้อยก่อนรับประทานยา
2. หากผู้ป่วยมีอาการเหล่านี้เป็นเวลานาน

ควรปรึกษาแพทย์



Enalapril 5 mg

ข้อควรระวัง

๑. ยานี้อาจทำให้มีอาการไอแห้งๆเนื่องจากยาไปเพิ่มความไวของปฏิกิริยาการไต่อ่อนการระคายเคืองของหลอดลมและกล่องเสียง

- อาการไอจะทุเลาหลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง
- หากไอมาก อาจต้องเปลี่ยนไปใช้ยาอื่นแทน

2. **ควรแจ้งให้แพทย์**ทราบว่ากำลังใช้ยาอื่นอยู่ โดยเฉพาะยาขับปัสสาวะ ยาเสริม โปแตสเซียม ยาลดความดันโลหิต อื่นๆ และลิเทียม

- 3. การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ จะลดประสิทธิภาพของยา
- 4. ควรตรวจดูระดับโพแทสเซียมเป็นประจำ

ข้อห้ามใช้

ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่เคยแพ้ยาในกลุ่มนี้, หญิงตั้งครรภ์(เพราะอาจมีผลทำให้ทารกพิการได้)

และผู้ป่วยไตวาย

ข้อแนะนำ

1 หากเกิดผื่นแดง คันตามตัว ไม่ควรรักษาเอง

ให้ติดต่อแพทย์

2 หากมีอาการเวียนศีรษะ มึนงงหน้ามืด โดยเฉพาะเมื่อเวลาเปลี่ยนอิริยาบถขณะนอน หรือนั่งให้เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆแต่ถ้าเป็นลมให้

หยุดใช้ยาและติดต่อแพทย์

3 หากมีอาการหายใจลำบาก มีอาการบวมของหน้า ตา ริมฝีปาก ลิ้น แขน หรือเท้าให้หยุด

ยาแล้วรีบไปพบแพทย์ทันที

เป็นยาทางเลือกหนึ่งเพื่อช่วยลดอาการจากผลข้างเคียงของยากลุ่ม Angiotensin converting enzyme inhibitors นอกจากนี้ยังเป็นยาสำคัญของผู้ป่วยโรคเบาหวานและยังช่วยป้องกันการเกิดโรคไตและโรคไตวายอีกด้วย

ผลข้างเคียงที่มักพบ ทำให้ความดันเลือดต่ำ

เกิดอาการวิงเวียน หน้ามืด

ข้อแนะนำ

1. ยานี้อาจทำให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ และเป็นลมได้โดยเฉพาะหลังการรับประทานยานี้ครั้งแรก

○ ดังนั้นหลังการรับประทานยาครั้งแรกควรนอนพักอย่างน้อย 1

ชั่วโมงแล้วจึงค่อยๆลุกขึ้นช้าๆ

○ การรับประทานยานี้ก่อนนอนจะช่วยลดอาการเหล่านี้

2. ในบางรายอาจต้องรับประทานยาเป็นเวลา 4-6 สัปดาห์จึงจะ
ได้ผลเต็มที่

3. ผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้แก่ ง่วงนอน, ปวดศีรษะ, อ่อนเพลีย, ใจสั่น อาการเหล่านี้จะหายไป
ในสัปดาห์แรก ๆ ของการรักษา แต่ถ้าอาการเหล่านี้
รุนแรง หรือยังมีอาการอยู่ตลอดเวลาการใช้ยา
ให้ไปพบแพทย์

4. หากเกิดอาการเป็นลมกะทันหันเตือนให้คุณ
ใกล้ชิดทราบว่าถ้าเกิดขึ้นให้พาไปพบแพทย์

5. หากมีอาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ ปวดท้องให้
รับประทานยาพร้อมอาหารและถ้าอาการต่างๆ นี้
รุนแรงขึ้นให้ไปพบแพทย์

เอกสารอ้างอิง

แพทย์หญิงเนติมา คุณิษฐ์. แนวทางเวชปฏิบัติการ

ออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Exercise in Patients with Diabetes and Hypertension). สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์. กันยายน 2555.

คู่มือการใช้ยาความดันโลหิตสูง. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

Chobanian,V.A., Bakris, G.L.,Black, H.R., et

al. 2003. JNC7-Complete Version. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. Hypertension., 42 : 1206-1252.



ตัวอย่าง การบันทึกการใช้ยา

รายการยา ทั้งหมด.....รายการ

รายการยา/วิธีรับประทาน	รายการยา/วิธีรับประทาน
1 HCTZ 25 mg 1x1 pc	6
2 Enalapril 5 mg 1x2 pc	7
3 Simvastatin 20 mg 1x1 hs	8
4	9
5	10

วิธีการรับประทานยา (บันทึกจำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละมือ)





วันที่	เช้า		กลางวัน		เย็น		ก่อนนอน	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง		
	1		2					2
2								X (ลืมกิน)
3		X (กินยาเกือบเที่ยง)						

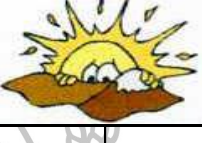


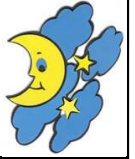
ข้อควรปฏิบัติการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง

1. รับประทานยาตรงเวลาทุกวันและเป็นเวลาที่แน่นอน เช่น หลังรับประทานอาหารเช้าเพื่อป้องกันการล้มกินยา
2. ไม่ควรบดแบ่งหรือเคี้ยวเม็ดยา ยกเว้นจากแพทย์จะสั่งเนื่องจากอาจทำให้การรักษาไม่ได้ผลหรืออาจทำให้เกิดพิษของยาได้
3. หากลืมรับประทานยาให้รับประทานทันทีที่นึกได้หากใกล้กับเวลารับประทานครั้งต่อไปให้รับประทานยาครั้งต่อไปตามปกติโดยไม่ต้องเพิ่มขนาดยาเป็น 2 เท่า
4. ควรมียาสีรองให้เพียงพอก่อนเดินทางไกลหรือไปพักผ่อนในที่ต่างๆซึ่งอาจหายาไม่ได้
5. หากรับประทานยาแล้วเกิดอาการคลื่นไส้ อาเจียนควรรับประทานยาหลังอาหารทันที
6. ควรพบแพทย์ตามนัดเพื่อประเมินผลการรักษา
7. เมื่อรับประทานยาแล้วมีอาการเวียนศีรษะหน้ามืดมีนงงเวลาเปลี่ยนอิริยาบถอย่างรวดเร็วควรเปลี่ยนอิริยาบถอย่างช้าๆ
8. หากกำลังตั้งครรภ์หรือให้นมบุตรควรแจ้งให้แพทย์ทราบ โดยเฉพาะกรณีตั้งครรภ์แจ้งให้แพทย์ทราบทันที
9. หากจะต้องเข้ารับการผ่าตัดหรือทำฟันต้องแจ้งให้แพทย์หรือทันตแพทย์ทราบว่าใช้ยาลดความดันโลหิตอยู่
10. ไม่ควรปรับเปลี่ยนขนาดยาหรือหยุดยาเอง
11. ห้ามใช้ยาลดความดันโลหิตร่วมกับผู้อื่นหรือให้ผู้อื่นใช้

แบบบันทึกการใช้ยาผู้ป่วยคลินิกความดันโลหิตสูง เดือน.....พ.ศ.

กรุณาลงจำนวนเม็ดยาที่ท่านรับประทานในแต่ละมือต่อวัน ตามตัวอย่าง และใส่เครื่องหมาย (x) หากท่านลืมรับประทานยา /ทานยาไม่ตรงเวลา /ทานยาเป็น 2 เท่า

วิธีการรับประทานยา (บันทึกจำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละมื้อ)							
วันที่	เช้า		กลางวัน		เย็น		ก่อนนอน
							
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

วิธีการรับประทานยา (บันทึกจำนวนเม็ดยาที่รับประทานในแต่ละมื้อ)							
วันที่	เช้า		กลางวัน		เย็น		ก่อนนอน
							
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวพุทธชาติ มากหมนุมน
ที่อยู่	128 หมู่ 5 ตำบลควนขนุน อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง 93110
ที่ทำงาน	โรงพยาบาลบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84120
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2547	สำเร็จการศึกษาเกศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ. 2547 – 2550	เภสัชกร 3พ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์
พ.ศ. 2550 – ปัจจุบัน	เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลบ้านนาสาร อำเภอบ้านนาสาร จังหวัดสุราษฎร์ธานี

