

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่างๆ สรุปสาระสำคัญ ได้ดังต่อไปนี้

- 1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย
- 2 บทบาทเภสัชกรคลินิกในกระบวนการดูแลผู้ป่วย
  - 2.1 การบริหารทางเภสัชกรรม
    - ปัญหาจากการรักษาด้วยยา และการป้องกัน แก้ไขปัญหาจากการรักษาด้วยยา
  - 2.2 การบริหารการรักษาทางยาโดยความร่วมมือระหว่างแพทย์และเภสัชกรคลินิก (Collaborative drug therapy management, CDTM)
- 3 บทบาทเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
  - การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย
- 4 ผลลัพธ์ที่ได้จากดูแลรักษาผู้ป่วย
- 5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง และแนวทางการดูแลรักษา

##### นิยาม

โรคความดันโลหิตสูง คือ ภาวะความดันในหลอดเลือดแดงสูงอย่างต่อเนื่อง โดยความดันขณะหัวใจบีบตัว (systolic) สูงกว่าหรือเท่ากับ 140 มิลลิเมตรปรอทและ/หรือ ความดันโลหิตในขณะคลายตัว (diastolic) สูงกว่าหรือเท่ากับ 90 มิลลิเมตรปรอท ในบุคคลทั่วไป ส่วนในผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือโรคไตระดับความดันโลหิตที่สูงกว่าหรือเท่ากับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท ซึ่งจากการวัดค่าความดันโลหิต ไม่น้อยกว่า 2 ครั้งติดต่อกันและวัดในขณะที่ร่างกายอยู่ในภาวะพักผ่อนปกติ (วีรวรรณ อุชาภิชาติ และ สิริพรรณ พัฒนาฤดี, 2546)

โดยในปัจจุบันมีแนวทางในการรักษาและการแบ่งชนิดของความดันโลหิตที่ได้มีการปรับปรุงใหม่ขึ้นใหม่ คือ JNC 7 ได้เผยแพร่ในเดือนพฤษภาคม ปีค.ศ. 2003 โดย JNC7 ได้แบ่งชนิดของความดันโลหิตไว้ดังนี้ ความดันโลหิตปกติ (normal) ความดันโลหิตที่มีโอกาสเป็น

ความดันโลหิตสูงในอนาคต (prehypertension) ความดันโลหิตสูงขั้นที่ 1 และความดันโลหิตสูงขั้นที่ 2 รายละเอียดดังแสดงในตาราง 1 (Chobania, V.A, 2003)

ตาราง 1 การแบ่งชนิดของความดันโลหิต ตามเกณฑ์ของ JNC 7 (Chobania, V.A, 2003)

ประเภทความดันโลหิต	ค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจบีบหัวใจ (systolic blood pressure, SBP) มิลลิเมตรปรอท	ค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure, DBP) มิลลิเมตรปรอท
ปกติ (Normal)	< 120	และ/หรือ <80
Prehypertension	120-139	และ/หรือ 80-89
สูง (Hypertension)		
Stage 1	140-159	และ/หรือ 90-99
Stage 2	≤160	และ/หรือ ≤100

**อุบัติการณ์และสาเหตุของโรค** (วีรวรรณ อุชายภิชาติ และ สิทธิพรพรรณ พัฒนาฤดี, 2546)

ความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณ 15-25% ของประชากรทั้งหมด โดยมากจะเริ่มเป็นในผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ส่วนน้อยที่อาจพบความดันโลหิตสูงในผู้ที่อายุน้อยกว่า 30 ปี ซึ่งมักจะตรวจพบสาเหตุอื่นร่วมด้วย โดยสามารถแบ่งชนิดความดันโลหิตสูงได้ดังนี้ คือ

- 1) ความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ (Essentialหรือ Primary hypertension) พบในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่โดยประมาณร้อยละ 90 ของผู้ป่วยทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามพบว่าปัจจัยทางกรรมพันธุ์ อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค โดยพบว่ามีประวัติครอบครัว พ่อแม่ พี่น้อง ในครอบครัวเดียวกันมีภาวะความดันโลหิตสูงด้วย นอกจากนี้พบว่าความอ้วน อารมณ์เครียด การรับประทานอาหารเค็มจัดและการสูบบุหรี่จัด ก็อาจเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดโรคได้
- 2) ความดันโลหิตสูงชนิดที่ทราบสาเหตุ (secondary hypertension) พบเป็นส่วนน้อยของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคิดเป็น ประมาณร้อยละ 10 ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากโรคไต โรคต่อมไร้ท่อ โรคระบบประสาท การตั้งครรภ์หรือการได้รับยาบางชนิด เช่น glucocorticoids, sympatho- mimetic amines, non-steroidal anti-inflammatory drug (NSAIDs), estrogen เป็นต้น

### ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ หลอดเลือดและความดันโลหิต

จากการวิจัยพบว่าหากติดตามบุคคลที่มีอายุ 55 ปีที่มีความดันปกติไปเรื่อยๆ ในอนาคตร้อยละ 90 ของบุคคลเหล่านี้มีโอกาสเป็นโรคความดันโลหิตสูง ข้อมูลดังกล่าวนี้มีความสำคัญเป็นอย่างมาก แนะนำบุคลากรทางการแพทย์และ/หรือผู้ป่วยไม่ให้นิ่งนอนใจกับผลความดันโลหิตที่เป็นปกติในขณะเวลานั้น และควรเน้นย้ำถึงความสำคัญของการติดตามและเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตสูงอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ในส่วนความสัมพันธ์ระหว่างความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิต พบว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสัมพันธ์โดยตรงกับตัวเลขความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้นและมีความเป็นอิสระจากปัจจัยอื่นๆ โดย JNC 7 แนะนำให้ใช้ความดันขณะหัวใจบีบตัว (systolic) เป็นเป้าหมายในการรักษา เพราะโดยส่วนใหญ่เมื่อความดันขณะหัวใจบีบตัวลงได้ถึงเป้าหมาย ความดันขณะหัวใจคลายตัวก็จะอยู่ในช่วงเป้าหมายด้วยเช่นกัน(Chobania, V.A, *et al.*, 2003)

**แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง** (Chobania, V.A, *et al.*, 2003; สุรกิจ นาทีสุวรรณ, 2546)

เป้าหมายสูงสุดของการรักษา คือ การควบคุมความดันโลหิตเพื่อป้องกันมิให้เกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย โดยที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด เนื่องจากมีข้อมูลสนับสนุนว่าการควบคุมความดันโลหิตได้จะทำให้ลดอัตราการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ลงได้ 35-40 % ลดอัตราการเป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) ลงได้ 20-25 % และลดอัตราโรคหัวใจวาย (heart failure) ลงได้มากกว่า 50 % และเพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว JNC 7 ได้กำหนดเป้าหมายในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยทั่วไป คือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ในผู้ป่วยโรคเบาหวานหรือโรคไตระดับความดันโลหิตที่ต้องการ คือ น้อยกว่า 130/80 มิลลิเมตรปรอท เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดและหัวใจมากกว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ได้เป็นโรคดังกล่าวร่วมด้วย

วิธีการรักษาขั้นพื้นฐานทั่วไปก่อนการเลือกจ่ายยา ได้แก่ การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต (lifestyle modification) โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกราย ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิต หลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง และปฏิบัติตามคำแนะนำนี้ตลอดไป เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิต และยังเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมา เช่น acute coronary syndrome และ stroke เป็นต้น การปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมจึงเป็นการรักษาที่ต้นเหตุ

และป้องกันโรคแทรกซ้อน ซึ่งจำเป็นต้องให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาทางยาเสมอ โดยพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมเหล่านี้ได้แก่

- 1) อาหารลดความดันโลหิต (Dietary Approaches to Stop Hypertension หรือ DASH) จาก การศึกษาเปรียบเทียบแบบแผนของอาหาร (dietary pattern) ประเภทต่างๆพบว่า อาหาร ที่มีผัก ผลไม้มาก มีไขมัน cholesterol และไขมันอิ่มตัวต่ำ มีผลลดความดัน โลหิตเท่ากับการรับประทานยาลดความดันโลหิตหนึ่งชนิดเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์
- 2) จำกัดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นส่วนประกอบ เช่น ดื่มเบียร์ไม่เกิน 720 มิลลิลิตรต่อวัน ไวน์ไม่เกิน 300 มิลลิลิตรต่อวัน เป็นต้น
- 3) ออกกำลังกายแบบ แอโรบิก ครั้งละประมาณ 30-45 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง
- 4) ลดการรับประทานอาหารที่รสเค็มจัดและจำกัดปริมาณเกลือที่ใช้ปรุงอาหาร เช่น เกลือ แงงไม่เกินวันละ 1 ช้อนชา
- 5) หยุดสูบบุหรี่
- 6) ควรจัดกิจกรรมให้มีการพักผ่อนหย่อนใจและการคลายเครียด

### หลักทั่วไปในการรักษาโดยการใช้ยา

การรักษาควรเริ่มโดยการใช้ยาดั้วแรกในขนาดต่ำและค่อยๆเพิ่มขนาดยาให้สูงขึ้นตามการ ตอบสนองต่อยา ยาที่เลือกใช้ควรมีความสามารถในการควบคุมความดันโลหิตให้ได้อย่างต่อเนื่อง ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเป็นยาที่สามารถรับประทานเพียงวันละครั้งเนื่องจากจะมีส่วนช่วยเพิ่มความ ร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยา และทำให้การควบคุมความดันเป็นไปอย่างต่อเนื่อง หากใช้ ยาควบคุมความดันเพียงหนึ่งชนิดไม่ได้ผลเพียงพอผู้ป่วยควรได้รับยาเพิ่ม โดยเริ่มในขนาดต่ำเพื่อ เสริมฤทธิ์ในการควบคุมความดันทำให้ลดการเกิดอาการข้างเคียง

### Treatment algorithm

JNC 7 ได้ระบุแนวทางการรักษาตาม treatment algorithm รูป 10,11 (ภาคผนวก ข) หลักการรักษา คือเริ่มด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตก่อน หากไม่สามารถลดความดันได้ถึง เป้าหมาย ก็ให้เริ่มการรักษาด้วยยาต่อไป อย่างไรก็ตามในผู้ป่วยบางคนอาจมีความจำเป็นเริ่มการ รักษาด้วยยาร่วมกับการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตไปพร้อมกัน หลักการเริ่มยา คือ ให้เริ่มในขนาด ต่ำๆก่อน หลังจากนั้นจึงค่อยๆเพิ่มขนาดยาตามการตอบสนองของผู้ป่วย หลังจากเลือกใช้ยาดั้วแรก แล้วควรทำการติดตามผลการรักษาและอาการข้างเคียงของยา หากผู้ป่วยตอบสนองต่อยาบ้างแต่ยัง ไม่สามารถลดความดันได้ถึงเป้าหมายให้เพิ่มขนาดยาของยาดั้วแรกขึ้นตามความเหมาะสมและเพิ่มยา ดั้วที่สองตามความจำเป็น หากผู้ป่วยไม่ตอบสนองหรือตอบสนองแต่มีอาการข้างเคียงที่ผู้ป่วยไม่

ยอมรับ อาจทำการหยุดยาตัวแรกนั้นแล้วเริ่มใช้ยาตัวใหม่ หลังจากนั้นหลักการรักษา คือ หากไม่สามารถลดความดันได้ถึงเป้าหมาย ให้เพิ่มยาตัวที่ 3 หรือ 4 ตามความจำเป็นโดยอาศัยหลักดังกล่าวเบื้องต้น

ในส่วนของการเลือกใช้ยาตัวแรก (initial drug choice) JNC 7 ได้ให้คำแนะนำในการเลือกยาโดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ คือ

1) ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นที่จะเริ่มยาในทันที (compelling indications) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่

1.1 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 1 หรือ hypertension stage 1 แนะนำให้ผู้ป่วยเริ่มต้นด้วยการใช้ยาขับปัสสาวะ (thiazide diuretics) เนื่องจากมีข้อมูลเปรียบเทียบประสิทธิภาพของยา thiazide diuretic กับยาลดความดันตัวใหม่ๆแล้วพบว่า มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน ในการลดอัตราการตาย และอัตราการเจ็บป่วยจากโรค coronary heart disease หรืออาจดีกว่ายาบางตัวในการป้องกันโรคบางโรคซึ่งยาในกลุ่มนี้มีในขณะที่ยาที่ราคาต่ำกว่ายาในกลุ่มอื่นๆ อย่างไรก็ตามยากลุ่ม Angiotensin Converting Enzyme Inhibitors(ACEI), Angiotensin Receptor Blockers (ARB), Calcium Channel Blockers (CCB) และ Beta-blockers (BB) เป็นยากลุ่มหลักที่ยังเป็นทางเลือกของยาตัวแรก ในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงทั่วไป เช่นกัน เนื่องจากได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยลดอัตราการตายและเจ็บป่วยได้ (ดังตาราง 2 ) ส่วนยากลุ่มอื่นๆนอกเหนือไปจากนี้ เช่น ยากลุ่ม alpha-blockers ไม่แนะนำให้เป็นตัวเลือกหลักเนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการตายและเจ็บป่วยได้ไม่ดีเท่ายาหลัก ส่วนยาในกลุ่ม direct vasodilators และ centrally-acting drugs ก็ยังไม่แนะนำให้ใช้เป็นตัวเลือกหลักเนื่องจากข้อมูลยังไม่เพียงพอ

1.2 ความดันโลหิตสูงระดับที่ 2 หรือ hypertension stage 2 แนะนำให้เริ่มด้วยยา 2 ตัวร่วมกันเนื่องจากมีประสิทธิภาพในการลดความดันให้ถึงเป้าหมายสูงกว่าการใช้ยาเดี่ยว โดยส่วนมากเป็นยาขับปัสสาวะกลุ่ม thiazide diuretics ร่วมกับยาหลัก ACEI, CCB, หรือ Beta-blocker ตัวใดตัวหนึ่งตามความเหมาะสม เนื่องจากยา thiazide diuretics จะช่วยเสริมฤทธิ์ของยาอื่นให้มีประสิทธิภาพในการลดความดันโลหิตที่ดีขึ้น ดังตาราง 2

ตาราง 2 ชนิดและการจัดการลดความดันโลหิตในผู้ใหญ่ตาม JNC 7

ชนิดของความดันโลหิต BP Classification	Lifestyle Modification	Initial drug therapy	
		Without Compelling indication	With compelling indication
ปกติ Normal	encourage	No antihypertensive	Drug(s) for compelling indication
Prehypertension	Yes	Drug indication	
Stage 1 Hypertension	Yes	Thiazide-type diuretics for most. Most consider ACEI, ARB, BB, CCB or combination	Drug for the compelling indication. Other antihypertensive Drugs(diuretics, ACEI, ARB, BB, CCB) as need.
Stage 2 Hypertension	Yes	Two-drug combination for most (usually Thiazide-type diuretic and ACEI or ARB or BB or CCB)	

## 2) ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ที่จำเป็นที่จะเริ่มยาในทันที compelling indication

ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่มีความเสี่ยงสูง ผู้ป่วยจึงมีความจำเป็นต้องได้รับยาบางตัวเท่านั้นในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากมีผลการวิจัยทางคลินิกที่แสดงให้เห็นว่า การใช้ยาเหล่านี้ช่วยลดอัตราการตายและเจ็บป่วยจากโรคร่วมเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพโรคร่วมเหล่านี้ ได้แก่ หัวใจวาย (heart failure) ภาวะหลังจากกล้ามเนื้อหัวใจตาย (post-myocardial infarction) ภาวะที่เสี่ยงสูงต่อ coronary disease, เบาหวาน (diabetes), โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease) และป้องกันภาวะการเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) เป็นต้น ดังตาราง 3

ตาราง 3 คำแนะนำในการใช้ยาตามcompelling indications

compelling indications	ยาที่แนะนำ					
	Diuretic	BB	ACEI	ARB	CCB	AA
โรคหัวใจวาย (Heart failure)	X	X*	X	X		X
ประวัติโรคกล้ามเนื้อหัวใจ ตาย (Post myocardial infarction)		X	X			X
มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หลอดเลือดหัวใจสูง (High coronary disease risk)	X	X	X		X	
เบาหวาน (Diabetes mellitus)	X	X	X	X	X	
โรคไตเรื้อรัง (Chronic kidney disease)			X	X		
มีประวัติโรคหลอดเลือดทาง สมอง (Recurrent stroke prevention)	X		X			

BB=beta-blockers, ACEI=angiotensin converting enzyme inhibitors, ARB=angiotensin receptor blockers, CCB=calcium channel blockers, AA=aldosterone antagonists

\* beta-blockers ที่ให้แก่ผู้ป่วย class III ที่มีอาการ stable ได้แก่ carvedilol, metoprolol SR, bisoprolol

## 2. บทบาทเภสัชกรรมคลินิกในกระบวนการดูแลผู้ป่วย

ในอดีตระบบการดูแลผู้ป่วย แพทย์เป็นผู้มีบทบาทเด่นชัดในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่กระบวนการการวินิจฉัยโรค การให้การรักษา การสั่งใช้ยา ติดตามการรักษา และการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Carmichael, 1997) ต่อมาเมื่อวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้ามากขึ้น ระบบการรักษามีความซับซ้อน และผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น สาเหตุเหล่านี้ทำให้เกิดปัญหาในกระบวนการรักษาผู้ป่วย และเกิดปัญหาการใช้ยาตามมา ซึ่งส่งผลให้อัตรการเจ็บป่วย อัตรการตายของผู้ป่วยสูงขึ้น รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลก็ยิ่งสูงเพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย (JCPP, 1977; ACP, 2002) ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนระบบการดูแลผู้ป่วยในรูปแบบสหวิชาชีพ

มากขึ้น และเภสัชกรก็ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการบริหารเภสัชกรรม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ย่อมส่งผลดีที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น ปัจจุบันในหลายประเทศได้มีการพัฒนาบทบาทเภสัชกรคลินิกในการดูแลผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะใหญ่ๆ (Scott et al, 2001; Glen et al, 2001; อังกูร ภาวสุทธิไพสิฐ, 2549) ได้แก่

- 2.1 การบริหารทางเภสัชกรรม (pharmaceutical care)
- 2.2 การบริหารการรักษาทางยาโดยความร่วมมือระหว่างแพทย์และเภสัชกรคลินิก (Collaborative drug therapy management, CDTM)

### 2.1. การบริหารทางเภสัชกรรม

การปฏิบัติงานทางวิชาชีพเภสัชกรรมที่เปลี่ยนจากการบริการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์มาเป็นการให้บริการต่อผู้ป่วย โดยวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา ให้ได้ผลการรักษาตามต้องการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (เฉลิมศรี ภูมมารกุล, 2543)

หน้าที่ของเภสัชกรในการให้บริการทางเภสัชกรรม (Strand et al, 1998) ได้แก่

- 1) ประเมินความต้องการเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วย
- 2) ค้นหาปัญหาจากการใช้ยาที่เกิดขึ้นหรืออาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย
- 3) ทำงานร่วมกับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ เพื่อแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย โดยกำหนดแผนการบำบัดด้านยา ดำเนินการตามที่กำหนด และติดตามผลการรักษา

#### ปัญหาจากการรักษาด้วยยา (Drug Therapy Problems; DTPs) (Strand et al, 1998)

ปัญหาจากการรักษาด้วยยา หมายถึง ปรากฏการณ์ไม่พึงประสงค์ใดๆที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เนื่องจากการใช้ยาหรือคาดว่าจะเกิดจากการใช้ยาซึ่งปรากฏการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลหรือคาดว่าจะส่งผลต่อการตอบสนองที่ต้องการของผู้ป่วย สามารถแบ่งประเภทปัญหาจากการรักษาด้วยยาเป็น 7 ประเภทดังนี้

- ผู้ป่วยสมควรได้รับยาเพิ่มเติม (Need for additional drug therapy)
- ผู้ป่วยได้รับยาที่ไม่เหมาะสม (Unnecessary drug therapy)
- ผู้ป่วยได้รับขนาดยาน้อยเกินไป (Dosage too low)
- ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยา แต่ยาที่ถูกเลือกใช้ไม่เหมาะสม (Wrong drug)
- ผู้ป่วยเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction)
- ผู้ป่วยได้รับยาขนาดมากเกินไป (Dosage too high)
- ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Compliance)



สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาจากการรักษาด้วยยา (Gardner et al., 1994; Strand et al, 1998)

- 1) การสั่งใช้ยาอย่างไม่เหมาะสม เช่น ความไม่เหมาะสมในการเลือกชนิดของยา รูปแบบของยา ขนาดยา วิธีการบริหาร ช่วงห่างของการใช้ยา หรือระยะเวลาในการรักษาด้วยยา
- 2) การส่งมอบยาไม่เหมาะสม เช่น ผู้ป่วยไม่ได้รับยาที่ควรจะได้รับ เขียนฉลากยาไม่ถูกต้อง หรือไม่ชัดเจน มีการให้ข้อมูลการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วย
- 3) การติดตามการรักษาที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่มีการค้นหา หรือมีการแก้ไขการรักษาด้วยยาที่ไม่เหมาะสม
- 4) การขาดความรู้ ผู้ป่วยมักขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและยา รับข้อมูลที่ไม่ได้ถูกต้อง เข้าใจผิด หรือลืมข้อมูลที่ต้องเกี่ยวข้องกับการรักษา บางครั้งมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับยา โดยทั่วไปอาจเกิดจากภาษาที่ใช้อธิบายการใช้ยาให้แก่ผู้ป่วยไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความเข้าใจผิด
- 5) มีอุปสรรคทำให้ปฏิบัติตามไม่ได้ ได้แก่ ความบกพร่องในการเรียนรู้ ภาวะที่ใส่ยาเปิดยาก สับสนเกี่ยวกับระยะห่างระหว่างมื้อยา ระยะห่างระหว่างมื้อยาไม่สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวัน สิ่งของที่แนะนำเพราะมีข้อปฏิบัติหลายอย่าง เกิดอาการไม่พึงประสงค์ ประสงค์จากยา เป็นต้น
- 6) มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งบ่งบอกถึงความเชื่อของผู้ป่วยหรือผู้ให้การดูแล ซึ่งมีอิทธิพลมาจากปัจจัยทางสังคมและจิตวิทยาที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ความเชื่อเหล่านี้ อาจเกิดจากประสบการณ์ผู้ป่วยในอดีต ครอบครัว วัฒนธรรม แรงจูงใจ เป้าหมาย คุณค่าที่แต่ละบุคคลให้กับสิ่งต่างๆ ความเชื่อเหล่านี้อาจนำไปสู่การปฏิเสธผลการวินิจฉัยได้

นอกจากที่ได้กล่าวมา อาจมีสาเหตุของการไม่ใช้ยาตามคำแนะนำคือ ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่องตลอด อย่างเช่น โรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากอาการเกิดขึ้นน้อยหรือแทบไม่มีอาการอะไรเลยเมื่อหยุดใช้ยา เป็นต้น ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยาดังนี้ (เกษม วัฒนชัย, 2532)

- ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการ จึงไม่เห็นความสำคัญของการรักษา
- ผลข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยหยุดใช้ยา
- ยามีหลายชนิดและวิธีใช้ยาแตกต่างกัน
- ความรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและวิธีรักษา
- เจตคติของแพทย์เอง

### การแก้ไขและป้องกันปัญหาการรักษาด้วยยา

การแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้นต้องอาศัยความร่วมมือของทั้งสองฝ่ายคือแพทย์ผู้ทำการรักษาหรือทีมผู้ดูแลสุขภาพ และตัวผู้ป่วยเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตให้บรรลุตามเป้าหมาย ซึ่งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนในการเลือกและปรับเปลี่ยนการรักษาด้วยยาและวิถีชีวิตให้เกิดประโยชน์มากที่สุดในการรักษา แพทย์หรือทีมผู้ดูแลสุขภาพควรถ่ายทอดความรู้ให้ผู้ป่วยอย่างชัดเจนในเรื่องการรักษา รวมถึงมีการปรับการให้ยารับประทานได้ง่ายขึ้นหรือรับประทานยาเพียงวันละครั้งโดยมีผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย และต้องติดตามผลการให้คำแนะนำที่ให้ไปหรือปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยประสบเกี่ยวกับการดูแลรักษาตนเองหลังจากพบทีมผู้ดูแลในครั้งก่อน (Clark, 1991; Osterberg and Blaschke, 2005)

ส่วนบทบาทของเภสัชกรสามารถดำเนินการแก้ไขและป้องกันปัญหาการรักษาด้วยยาได้มี 2 แนวทางคือ ปรึกษาแพทย์ (intervention to physician) และให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย (intervention to patient) (สุณี เลิศสินอุดม, 2546)

1) การปรึกษาแพทย์ ในการแก้ไขการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นหรือการป้องกันปัญหาการรักษาด้วยยาที่มีแนวโน้มจะเกิดขึ้น โดยการปรึกษาแพทย์ผู้สั่งจ่ายยาหรือแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถกระทำได้หลายแนวทางขึ้นกับปัญหาการรักษาด้วยยาที่เกิดขึ้นหรือมีแนวโน้มจะเกิดขึ้น ได้แก่ แนะนำให้หยุดยา แนะนำให้เพิ่มยา แนะนำให้เปลี่ยนยา แนะนำให้เปลี่ยนแปลงแบบแผนการให้ยา (dosage regimen) ให้ข้อมูล เป็นต้น

2) การให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย ปัญหาการรักษาบางอย่างสามารถแก้ไขหรือป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้โดยการให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วย ซึ่งขึ้นกับปัญหาที่เกิดขึ้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยที่ไม่ใช้ยาตามแพทย์สั่ง อาจมีสาเหตุต่าง ๆ กัน การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ป่วยโดยแก้ปัญหามาตามสาเหตุจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการใช้ยาที่ถูกต้อง ปัญหาผลข้างเคียงจากยาสามารถป้องกันได้โดยคำแนะนำเรื่องการใช้ยาที่ถูกต้อง เช่น บ้วนปากทุกครั้งหลังใช้ยาฟัน steroids เป็นต้น โดยประสิทธิผลของการที่เภสัชกรให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ป่วยจะสามารถแก้ไขหรือป้องกันปัญหาจากการรักษาด้วยยาได้ดีมากขึ้นเพียงใดจะขึ้นกับ การค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และเทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำของเภสัชกรเอง

### 2.2 การบริหารการรักษาทางยาโดยความร่วมมือระหว่างแพทย์และเภสัชกรคลินิก

(Collaborative drug therapy management, CDTM)

นิยาม (Carmicheal *et al*, 1997; Oregon Department of Administrative Services, 2000; Pearson *et al*, 2001; Hammond *et al*, 2003)

CDTM เป็นการได้รับมอบอำนาจในการสั่งใช้ยาในรูปแบบหนึ่ง เกิดจากการทำงานร่วมกันเป็นทีม ระหว่างแพทย์ เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆเพื่อบริหารจัดการเรื่องยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งในส่วนความร่วมมือระหว่างแพทย์และเภสัชกรในการจัดการการรักษาทางยา แพทย์มอบอำนาจในการสั่งใช้ยาในรูปแบบหนึ่งให้เภสัชกร เพื่อรักษาผู้ป่วยโดยต้องอยู่ภายใต้เงื่อนไขหรือข้อตกลงที่กำหนดขึ้น (protocol) ร่วมกันระหว่างแพทย์และเภสัชกร การสั่งใช้ยาของเภสัชกร ทำได้ตั้งแต่การเลือกชนิดของยา การปรับขนาดยาหรือหยุดยา การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและติดตามผลของใช้ยา การวางแผนใช้ยาให้กับผู้ป่วย รวมทั้งการค้นหาและแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา ส่วนการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยยังคงเป็นหน้าที่ของแพทย์ ทั้งแพทย์และเภสัชกรต้องมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อผลที่เกิดขึ้นจากการรักษา และความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากรต่างๆในกระบวนการ CDTM ตั้งแต่ขั้นตอนการปฏิบัติงาน รายการยา หรือกลุ่มยา ที่เภสัชกรสามารถสั่งใช้ได้อย่างชัดเจน

ข้อตกลงที่กำหนดขึ้นใน CDTM ควรมีองค์ประกอบดังนี้ (Oregon Department of Administrative Services, 2000)

- 1) รายชื่อของแพทย์และเภสัชกรที่เข้าร่วมในกระบวนการ CDTM ซึ่งรับผิดชอบในการพัฒนา การปฏิบัติงานและการบริหารจัดการตามข้อตกลงในการดูแลผู้ป่วย
- 2) รายละเอียดของบทบาทเภสัชกรในการทำงานตามข้อตกลงในการสั่งใช้ยา โดยมีการระบุชื่อยาที่เภสัชกรสามารถสั่งใช้ได้ไว้เฉพาะเพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย
- 3) เอกสารที่แสดงการปฏิบัติงานของเภสัชกรอย่างชัดเจน และเป็นทางการ และระบุข้อจำกัดของเภสัชกร ซึ่งกำหนดเงื่อนไขที่ต้องปรึกษาแพทย์อย่างชัดเจน เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างปลอดภัย
- 4) มีการบันทึกขั้นตอนการตัดสินใจของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลจากแพทย์และเภสัชกรอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยประกันคุณภาพในขั้นตอนการปฏิบัติงานของเภสัชกร
- 5) มีการกำหนดระยะเวลาของกระบวนการ CDTM เพื่อทบทวนขั้นตอนและปรับปรุงกระบวนการทำงานอยู่เป็นระยะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสม ได้มาตรฐาน

หน้าที่ของเภสัชกรในกระบวนการ CDTM (Oregon Department of Administrative Services, 2000; Pearson et al, 2001; Hammond et al, 2003) มีดังนี้

- ประเมินปัญหา ค้นหา และแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย
- สั่งใช้ยา ตั้งแต่เลือกชนิดยา เริ่มปรับเปลี่ยนการใช้ยา ปรับขนาดยา การติดตามการใช้ยา หยุดยา การบริหารจัดการด้านยา

- ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและประเมินความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับโรคหรือยาที่ได้รับ
- ติดตามผลการตอบสนองของการรักษา
- ให้คำปรึกษาด้านยา และให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

ขั้นตอนการสั่งใช้ยาของเภสัชกร (Carmicheal et al, 1997)

- 1) ประเมินว่าผู้ป่วยสมควรได้รับยาหรือไม่ โดยประเมินจากประวัติการใช้ยา ยาที่ใช้ในปัจจุบัน และอาการของผู้ป่วย และเลือกยาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย
- 2) ตั้งยา ในขนาด ความถี่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย
- 3) ติดตามประเมินผลการตอบสนองต่อการใช้ยา รวมทั้งอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ความร่วมมือในการใช้ยา และผลการรักษาเพื่อพิจารณาว่าเหมาะสมกับผู้ป่วยหรือไม่ ควรได้รับยาต่อไป หรือปรับเปลี่ยนชนิด ขนาดยา
- 4) เมื่อประเมินผลการรักษาแล้ว จึงตัดสินใจว่าควรมีการปรับเปลี่ยนยา ทั้งขนาดยา ความถี่การใช้ยา เพิ่มชนิดยา หรือควรหยุดยาที่กำลังใช้อยู่หรือไม่ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย

#### ประโยชน์ของกระบวนการ CDTM

กระบวนการ CDTM พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ง่ายสะดวก รวดเร็ว เกิดความพึงพอใจแก่ผู้มารับบริการ ช่วยลดปัญหาจากการใช้ยา ลดค่าใช้จ่าย เช่น ค่ายา ค่าเดินทาง เป็นต้น ซึ่งผลลัพธ์ที่ตามมา คือ เกิดความร่วมมือในการใช้ยาตามสั่งมากขึ้น ผู้ป่วยและเภสัชกรมีสัมพันธภาพที่ดีขึ้น เกิดความเชื่อถือเภสัชกรและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้งานบริหารเภสัชกรรมได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยมากขึ้น (Oregon Department of Administrative Services, 2000)

### 3. บทบาทเภสัชกรในศูนย์สุขภาพชุมชนร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

ปัจจุบันการบริหารทางเภสัชกรรมมีจุดเน้นที่ต้องการให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการใช้ยา ดังนั้น เภสัชกรจึงต้องปฏิบัติวิชาชีพร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ในการวางแผนการรักษา และติดตามผู้ป่วย โดยอยู่ในฐานะผู้เชี่ยวชาญทางยา ในทีมสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) มีหน้าที่โดยตรงในการวินิจฉัยแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกี่ยวกับยาของผู้ป่วยโดยใช้หลัก IESAC (I=indication, E=efficacy, S=safety, A=adherence, C=cost)

ศูนย์สุขภาพชุมชนเป็นการให้บริการด่านแรกที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด การให้บริการจึงต้องให้ครบทุกด้านทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยมีลักษณะที่เป็นการให้บริการเชิงรุกเพื่อส่งเสริม

สุขภาพและการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าบทบาทเภสัชกรอาจไม่ได้แตกต่างไปจากบทบาทเดิมของเภสัชกรในโรงพยาบาล หากแต่ความแตกต่างของการให้บริการทางเภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชนตามระบบสุขภาพใหม่ คือ เภสัชกรสามารถสนับสนุนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อโรค การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและประชาชนโดยใช้ลักษณะของการเปิดคลินิกเฉพาะโรคในศูนย์สุขภาพชุมชน การจัดตั้งชมรมผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจใช้ยา สามารถปรับเปลี่ยนการใช้ยาเบื้องต้นโดยมีเภสัชกรเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย เสนอวิธีการใช้ยาในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือก นั่นคือเภสัชกรเพียงผู้คอยดูแลและเสนอแนะ ซึ่งอาจจัดทำในลักษณะผู้ป่วยรายบุคคลหรือเป็นกลุ่ม เภสัชกรติดตามผลการรักษาและอาการไม่พึงประสงค์ นอกจากนี้เภสัชกรทำหน้าที่ร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ ในการเป็น case manager เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่ป้องกันไม่ให้อาการของโรคกำเริบ และผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับยา รูปแบบการให้บริการทำได้โดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย โดยคัดเลือกจากผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ และจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด (ปริษา มณฑานติกุล, 2545) ซึ่งการทำงานจะมุ่งการทำงานเป็นทีมของสหสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล ทันตแพทย์หรือทันตภิบาล โดยแต่ละวิชาชีพมีบทบาทหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่ชัดเจน ในการให้บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และฟื้นฟูสภาพแก่บุคคล ครอบครัว และชุมชนอย่างเป็นองค์รวม และมีการทำงานประสานกับองค์กรต่างๆ มีการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายบริการ และการมีระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนหรือเกินความสามารถที่จะจัดการได้ไปยังสถานบริการในระดับสูงขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งย่อมส่งผลดีต่อผู้ป่วยสูงสุดทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (ประคิม สุจฉายา และคณะ, 2545)

#### การติดตามเยี่ยมบ้าน (สำเร็จ แหงกระโทก, 2545)

เป็นเรื่องมือที่สำคัญในการทำงานดูแลติดตามผู้ป่วยไม่เพียงแต่รู้จักตัวผู้ป่วย แต่รวมไปถึงบริบทอื่นๆ สำหรับผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัว สิ่งแวดล้อม สังคม และชุมชนของผู้ป่วย ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น โดยวัตถุประสงค์ของการติดตามเยี่ยมบ้านคือ

- เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น
- เพื่อให้เกิดการบริการอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง
- เพื่อประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว
- เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วย

โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้ป่วยที่ออกเยี่ยมได้เป็น 4 กลุ่มใหญ่ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยทั้งเรื้อรังและฉับพลันที่ไม่สามารถมารับบริการได้

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

กลุ่มที่ 3 การเยี่ยมเพื่อประเมินปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว

กลุ่มที่ 4 การเยี่ยมบ้านหลังเกิดการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย เช่น ประสบอุบัติเหตุ ผ่าตัด หรือเจ็บป่วยสำคัญ

**ขั้นตอนการออกเยี่ยมบ้าน แบ่งได้ดังนี้**

1) *ระยะก่อนการเยี่ยมบ้าน* โดยเริ่มจากการกำหนดวัตถุประสงค์ คัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์ที่กำหนดวางแผนและเตรียมความพร้อมทั้งข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัว เพิ่มอนามัยครอบครัว แบบเก็บข้อมูล

2) *ระยะขณะเยี่ยม* จำเป็นต้องมีทักษะในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ค้นหาปัญหา แก้ปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างองค์รวม โดยการเยี่ยมจะต้องประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้แนวทางดังนี้

- ประเมินว่าผู้ป่วยดูแลตนเองได้หรือต้องอาศัยผู้อื่น
- ภาวะด้านโภชนาการของผู้ป่วย เช่นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคุมอาหารอย่างไร
- สภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพผู้ป่วย
- ความสัมพันธ์ในครอบครัว เพื่อนบ้านมีการพึ่งพากันหรือไม่
- การช้ประวัติเรื่องยา การใช้สมุนไพร ยาพื้นบ้านของผู้ป่วย เพื่อนำมาประเมินเรื่องการช้ยา การดูแลตนเองและแสวงหาแหล่งพึ่งพาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วย
- การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน
- ความปลอดภัยภายในบ้าน
- ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรม ประเพณีต่างๆ การค้นหา ปัจจัยทางด้านจิตวิทยา สังคมที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วย ถึงพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
- การประเมินที่บ้านถึงบริการสุขภาพที่ได้รับ เพื่อปรับปรุงบริการให้มีคุณภาพและประชาชนเข้าถึงบริการยิ่งขึ้น

3) *ระยะหลังการเยี่ยม* นำข้อมูลที่ได้ลงบันทึก ตามหัวแนวทางการแก้ปัญหา SOAP

S - Subjective ได้แก่ข้อมูลจากการบอกเล่าของผู้ป่วย ญาติ โดยการบันทึกที่ครอบครัวประเด็นทั้งกาย ใจ สังคม โดยเฉพาะแนวคิด

O - Objective ข้อมูลจากการตรวจพบและสังเกต เช่น การตรวจร่างกาย สิ่งแวดล้อม

A - Assessment การประเมินปัญหาผู้ป่วยและครอบครัวตามระดับการดูแล

P - Plan management การวางแผนการส่งเสริมดูแลตนเอง นำศักยภาพครอบครัวและเครือข่ายทางสังคมมาปรับใช้เหมาะสม

#### 4. ผลลัพธ์ที่ได้จากการดูแลรักษาผู้ป่วย

Kozma และคณะ (1993) ได้เสนอแบบการวัดผลได้ของการรักษา ในรูปแบบที่เรียกว่า ECHO model โดยที่อักษร E มาจาก Economic, อักษร C มาจาก Clinical, อักษร H มาจาก Humanistic และอักษร O มาจาก Outcome เป็นรูปแบบที่มีความครอบคลุมในการประเมินคุณค่าของทางเลือกที่ควรเลือกในการรักษา นั่นคือเป็นการวัดผลลัพธ์ทางเศรษฐศาสตร์ ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ทางมนุษย์ แต่สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ต้องการวัดผลเพียง 2 ด้าน ได้แก่ ผลลัพธ์ทางคลินิก และผลลัพธ์ทางมนุษย์

1) **ผลลัพธ์ทางคลินิก** เป็นการวัดผลจากการรักษาด้วยตัวชี้วัดทางการแพทย์ และประเมินผลทางคลินิก โดยใช้ข้อมูลด้านอาการ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ซึ่งในการศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในการศึกษาที่ใช้ร้อยละของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายสำหรับผู้ป่วยทั่วไป ( $BP < 140/90$  mmHg) อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องตลอดการศึกษา เพราะจากการที่ผู้ป่วยควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ตามเป้าหมายเป็นเวลานานๆ อาจส่งผลกระทบต่อภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายและหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมองแตกและอุดตัน ซึ่งอาจทำให้เกิดอัมพาต โรคหลอดเลือดที่ไตเสื่อมสภาพจนอาจเกิดไตวาย เป็นต้น (อภิรักษ์ คุตระกูล, 2545) จึงเป็นบทบาทสำคัญของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้สามารถควบคุมความดันโลหิตได้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง ย่อมส่งผลดีต่อการลดอัตราการภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆตามมาได้

2) **ผลลัพธ์ทางมนุษย์** เป็นผลการรักษาซึ่งวัดในมุมมองของผู้ป่วย ได้แก่ คุณภาพชีวิตหรือความพึงพอใจ

- คุณภาพชีวิต (Quality of life, QOL) หมายถึง การรับรู้ของบุคคลภายใต้บริบทของวัฒนธรรม และคุณค่าที่คนผู้นั้นอาศัยอยู่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวังมาตรฐาน และสิ่งที่เกี่ยวข้องของบุคคลนั้นเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสภาวะจิตใจ ระดับความเป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านความเชื่อส่วนบุคคลและความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Glossary, 2000) โดยในปัจจุบันเริ่มมีการวัดคุณภาพชีวิตเพื่อวัดผลในการรักษาหรือการให้บริการแก่ผู้ป่วยอย่างแพร่หลายซึ่งการประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพอาจแบ่งเป็น 2 ประเภทคือ 1) การประเมินคุณภาพชีวิตทั่วไป ตัวอย่างเช่น การประเมินสภาวะสุขภาพด้วยแบบสอบถาม short form (SF36) หรือแบบประเมินผลกระทบจากความเจ็บป่วย 2) การประเมินคุณภาพชีวิตเฉพาะโรคหรือความเจ็บป่วยที่เฉพาะเจาะจง (Guyalt et.al, 1996)

- ความพึงพอใจ ได้มีผู้ให้ความหมายของความพึงพอใจต่างๆดังนี้

ความพึงพอใจในแง่ของการประเมินการบริการ โรงพยาบาล คือ ความรู้สึกของผู้ที่มารับบริการต่อสถานบริการตามประสบการณ์ที่ได้รับจากการติดต่อขอรับบริการสถานบริการนั้นๆ (Chaplin, 1968)

ความพึงพอใจของผู้ป่วยถือได้ว่าเป็นเกณฑ์อย่างหนึ่งที่ใช้สำหรับวัดคุณภาพของการให้บริการ (Mangelsdorff, 1979)

ความพึงพอใจของผู้ป่วย หมายถึง การที่บุคคลแต่ละคนมีการประเมินผลการดูแลสุขภาพอนามัยด้านต่างๆไปในทางบวก (Linder Pelz, 1982)

ความพึงพอใจ หมายถึง การให้บริการที่ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ (Customer satisfaction) ได้รับความช่วยเหลือและได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน ประทับใจ (Excellence service behavior) เป็นกันเอง มีทัศนคติที่ดี เข้าใจถึงความเจ็บป่วยทางกาย ทางจิต รวมทั้งการให้คำปรึกษาและประชาชนมีช่องทางที่จะสะท้อนหรือให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นแก่สถานบริการ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขได้ (สำเร้ง แหงกระโทก, 2545)

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่าความพึงพอใจของมนุษย์นั้นจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับการตอบสนองความต้องการที่ได้รับบริการและมีการประเมินผลการบริการนั้นๆทำให้ความพึงพอใจเป็นเกณฑ์ที่ใช้สำหรับวัดผลลัพธ์ทางมนุษย์ชนิดหนึ่ง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตที่ประเมินสถานะสุขภาพด้วยแบบสอบถาม short form (SF36) ฉบับแปลภาษาไทยโดย วัชรวิทย์ เลอมาณฑลและคณะ (2548) ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อการบริการแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความพึงพอใจต่อการให้บริการ ความพึงพอใจต่อด้านมาตรฐานและคุณภาพบริการ ความพึงพอใจด้านเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ และความพึงพอใจต่อด้านอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้ดัดแปลงมาจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าปี 2546

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายเป็นเวลานานๆหรือควบคุมไม่ได้คงที่ ย่อมส่งผลต่อการเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน อันได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย (myocardial infarction) โรคหัวใจวาย (heart failure) โรคไตเสื่อม (อภิรักษ์นันทน์ คูตระกูล, 2545; Chobania, V.A., 2003) โดยจากการศึกษาของ Vivian (2002) และการศึกษาของ Jokisalo และคณะ (2003) พบว่าผู้ป่วยที่ไม่



สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ สาเหตุเกิดจากการขาดความร่วมมือในการรักษาทางยา การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม ภาวะเครียด สิ้นหวัง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ Baune, Bender and Aljeesh (2005) พบว่าหากผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประจำวัน ได้แก่ รับประทานอาหารเค็ม ขาดการออกกำลังกาย สูบบุหรี่ น้ำหนักมาก ย่อมส่งผลต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนตามมาได้

ในฐานะบทบาทบุคลากรทางการแพทย์ย่อมมีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย ซึ่งจากการศึกษาของ Mattila และคณะ (2003) การทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการให้ความรู้เรื่องการดำเนินวิถีชีวิตสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ได้รับการความรู้สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตตามคำแนะนำ สามารถลดความดันโลหิตลงได้อย่างชัดเจน และในการศึกษาของ Bogden และคณะ (1998) ซึ่งเปรียบเทียบผลการดูแลร่วมกันของทีมแพทย์และเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ (กลุ่มศึกษา) กับการดูแลโดยแพทย์อย่างเดียว (กลุ่มควบคุม) พบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมายมากขึ้นแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ในการศึกษาของ Fiona และคณะ (2005) เกี่ยวกับบทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วย ที่แนะนำการปรับวิถีชีวิต และการเลือกรักษาด้วยยาที่เหมาะสม พร้อมประเมินการใช้ยาเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงใน 10 ปีที่มีโอกาสเกิดโรค arteriosclerosis ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ตามเป้าหมาย และมีส่วนช่วยลดความชุกในการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจได้เช่นกัน และการที่บุคลากรทางการแพทย์ได้ร่วมกันดูแลผู้ป่วยในการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยโรคเรื้อรังดังเช่นในการศึกษาของ อติชัย ภูมิวิเศษ (2546) ส่งผลให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นนอกเหนือไปจากที่รักษาผู้ป่วยให้สามารถควบคุมความดันโลหิตหรือเพิ่มอัตราการรอดชีวิต และยังช่วยเพิ่มความรู้ความเข้าใจและสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วย

ในส่วนบทบาทเภสัชกรในการให้บริการเภสัชกรรมแก่ผู้ป่วย พบว่าในการศึกษาของสุกัญลินี ปรีชากุล (2544) ซึ่งเป็นการศึกษาถึงผลการให้บริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอกต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลสุโขทัย เปรียบเทียบกับการให้บริการให้คำปรึกษาด้านยาแบบเดิม พบว่าการให้บริการเภสัชกรรมสามารถช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้ดีกว่าการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแบบเดิม เช่นเดียวกับการศึกษาของสาริณีย์ กฤตยานันต์ และคณะ (2547) ในการประเมินผลการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าการให้บริการเภสัชกรรมส่งผลต่อการลดปัญหาจากการรักษาด้วยยา และเพิ่มความร่วมมือในการรักษาได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ในการศึกษาของพยอม สุขเอนกนันท์ (2548) เกี่ยวกับบทบาทเภสัชกรที่ให้บริการ

เภสัชกรรมในศูนย์สุขภาพชุมชน พบว่าการที่เภสัชกรเข้าไปมีส่วนร่วมในการรักษาทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างมากทั้งความรู้ที่ผู้ป่วยได้รับ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเกณฑ์ การปรับเปลี่ยนการใช้ยาให้เหมาะสมของแพทย์ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อบริการ และมีคุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้นกว่าที่ไม่มีเภสัชกรเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา อย่างก็ตามในการศึกษาของ Isabelle Chabot และคณะ (2003) ไม่พบผลกระทบของการให้การบริบาลทางเภสัชกรรมในการควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยแต่อย่างใด

แต่อย่างไรก็ตามการบริบาลเภสัชกรรมยังไม่สามารถให้การดูแลและแก้ปัญหาผู้ป่วยได้อย่างสมบูรณ์ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในระบบการทำงาน เช่น การขาดการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์กับเภสัชกร ความไม่สมดุลระหว่างจำนวนแพทย์กับปริมาณผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ขั้นตอนการรับบริการบริการที่ซับซ้อนและใช้เวลามากขึ้น เป็นต้น ดังนั้นจึงได้มีความพยายามที่จะหาแนวทางเพื่อจะเพิ่มประสิทธิภาพของการบริบาลเภสัชกรรมและทำให้งานบริบาลเภสัชกรรมดำเนินไปได้โดยสะดวกมากขึ้น ซึ่งอาจทำได้โดยการขยายบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเภสัชกรให้เข้าไปมีส่วนร่วมในการสั่งใช้ยาให้แก่ผู้ป่วย (JCPP, 1997; Carmichael *et al.*, 1997; Pearson *et al.*, 2001) โดยในปัจจุบันได้มีหลายการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าเภสัชกรเข้าไปมีบทบาทในการปรับเปลี่ยนการสั่งใช้ยาที่เหมาะสมปรับขนาดยาและให้คำปรึกษาด้านยาแก่ผู้ป่วยตามแนวทางการรักษาโรคเพิ่มมากขึ้น ดังเช่นในการศึกษาของ Vivian (2002) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทเภสัชกรในการจัดการกับคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่เภสัชกรสามารถสั่งใช้ยา ปรับขนาดยา และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา เปรียบเทียบกับการดูแลรักษาแบบเดิมซึ่งมีแพทย์เป็นผู้ดูแลรักษาในช่วงระยะเวลา 6 เดือน ผลพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลโดยเภสัชกรที่คลินิกโรคความดันโลหิตสูงผู้ป่วยสามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบเดิมจากแพทย์อย่างมีนัยสำคัญ และการศึกษาในประเทศไทยของ กาญจนา สิ้นไชย (2549) ในเรื่องผลการให้บริการของคลินิกเดิมาสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน (หรือเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่สามารถควบคุมได้)โดยเภสัชกร ซึ่งได้ทำการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เข้ารับบริการในคลินิกเดิมาที่ให้บริการโดยเภสัชกร (กลุ่มศึกษา) และกลุ่มที่เข้ารับบริการในคลินิกอายุรกรรม พบแพทย์ตามปกติ (กลุ่มควบคุม) เป็นระยะเวลา 8 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการในคลินิกเดิมา มีผลลัพธ์ทางคลินิก และความพึงพอใจไม่แตกต่างจากคลินิกอายุรกรรม หรือในการศึกษาของ อริสรา จันท์ศรีสุริยวงศ์ (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยเภสัชกร ซึ่งเภสัชกรดำเนินการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ให้ความรู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเบาหวาน การให้คำปรึกษาวิธีใช้ยา การประเมินและปรับขนาดยาตามระดับน้ำตาล

ในเลือด ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายแตกต่าง  
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนเริ่มการศึกษา และผู้ป่วยทุกรายพึงพอใจในการให้การดูแลของเภสัชกร



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved